

Publieke gezondheid borgen

Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en

Inhoudsopgave

Voorwoord

Gezond en veilig leven belangrijk voor burgers

Gezond en veilig leven is belangrijk. Daar zorgen mensen zelf voor, maar daarvoor vertrouwen ze ook op ondersteuning van de overheid. Zij rekenen erop dat zij beschermd worden om gezond te blijven en gestimuleerd worden om gezonder te leven; dat de kwaliteit van de voorzieningen waarvan zij gebruikmaken goed is en dat zij bij crises en incidenten ondersteuning krijgen bij het beperken van gezondheidsschade. Ook vertrouwen zij erop dat de overheid rekening houdt met de fysieke en sociale omstandigheden waarin zij leven en dat groepen met een kwetsbare gezondheid zo nodig extra aandacht krijgen.

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 'veroorzaken risicofactoren voor somatische welvaartsziekten 27% van de totale ziektelast'. Bekende risicofactoren zijn roken, overgewicht, overmatig alcoholgebruik, een ongunstig voedingspatroon en te weinig lichaamsbeweging. Daarnaast zijn milieufactoren van negatieve invloed; 6% van de ziektelast van somatische welvaartsziekten kan daaraan worden toegeschreven. Anderzijds heeft een gezonde leefstijl positieve invloed op dementie en depressie. Behalve voor somatische ziekten is ook aandacht voor psychische en psychosomatische gezondheidsvragen van toenemend belang.

Uit de GGD-Gezondheidsmonitors en ander onderzoek is gebleken dat sociaaleconomische gezondheidsverschillen de afgelopen tien jaar niet kleiner zijn geworden. Mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) leven nu gemiddeld zes jaar korter dan mensen met een hogere status en leven gemiddeld negentien jaar langer in ongezondheid.

Van de totale zorgkosten in Nederland wordt ongeveer 97% uitgegeven aan curatieve zorg en langdurige verpleging en verzorging. De overige 3% gaat naar preventie. Een scherpere focus op preventie kan een deel van de zorgkosten voorkomen. De publieke gezondheidszorg kan daaraan bijdragen.

Er is veel gezondheidswinst te realiseren, met name door de gezondheidsachterstanden van mensen met een lagere SES te verkleinen. Deze groep telt het grootste aantal chronisch zieken met veel ziektelast. Dit vraagt om een goede investering van de beperkte middelen. Rijk en gemeenten gaan daarin samenwerken, onder meer in het Stimuleringsprogramma Publieke Gezondheid.

Rijk en gemeenten samen verantwoordelijk

De Rijksoverheid, specifiek de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, is de eerst-verantwoordelijke voor een goed functionerende infrastructuur voor publieke gezondheid. Wetgeving, toezicht en een adequate kennis-infrastructuur moeten een voldoende infrastructuur borgen.
In de wetgeving is een belangrijk deel van de publieke gezondheid bij de gemeenten neergelegd die daarvoor verplicht een regionale GGD in stand houden. Zo bezien zijn het ministerie van VWS en de gemeenten samen systeemverantwoordelijk voor de publieke gezondheid.

In augustus 2014 en oktober 2015 heeft het ministerie van VWS brieven aan de Tweede Kamer gestuurd met daarin informatie en opvattingen over de rol van de GGD in de publieke gezondheid. De Wet publieke gezondheid (Wpg) schrijft voor welke taken de gemeenten verplicht aan de GGD moeten toewijzen; deze taken worden landelijk uniform uitgevoerd. Dat verplichte pakket is verbonden met andere taken die de GGD'en van oudsher verrichten.

Een van de wettelijke taken die de gemeenten moeten laten uitvoeren is de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Zij mogen hierbij zelf de keuze maken voor de GGD of een andere uitvoerder. Begin 2016 laten 228 gemeenten de zorg voor 0- tot 18-jarigen door de GGD uitvoeren. In 116 gemeenten neemt de GGD de zorg voor 4- tot 12-jarigen op zich. Slechts 49 gemeenten hebben de jeugdgezondheidszorg volledig elders ondergebracht.
De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), tot 2007 expliciet onderdeel van de wettelijke regelingen voor publieke gezondheid, is geen verplichte GGD-taak. Wel hebben 23 van de 25 GGD'en een sociaal-medische meldfunctie. Op dit moment wordt er gesproken over een mogelijke rolversterking bij de opvang en triage van verwarde personen.
Ook bij kleinere veiligheidsincidenten in buurten en wijken wordt de GGD vaker gevraagd psychosociale hulpverlening te organiseren. En ongeveer de helft van de gemeenten heeft de GGD inmiddels verzocht een toezichtrol te vervullen voor (delen van) de Wmo – en de vraag neemt toe. De nieuwe Omgevingswet biedt meer ruimte om gezondheidsrisico's mee te wegen bij ruimtelijke beslissingen. De medisch milieukundigen beraden zich daarop.

GGD-taken: publieke gezondheid en veiligheid blijvend borgen

De GGD is stevig gebouwd op vier pijlers:
1) monitoring, signalering, advisering,
2) gezondheidsbescherming, 3) crisisbeheersing en 4) toezicht. Het takenpakket dat de GGD voor de gemeenten uitvoert – collectief of op basis van maatwerk – is breed en voortdurend in ontwikkeling. Zo'n brede GGD biedt voordelen: het draagt bij aan een meer integrale benadering van gezondheid in het gemeentelijk beleid en aan het behouden en minder kwetsbaar maken van specialistische deskundigheid. Bovendien zorgt die brede basis ervoor dat er lokaal voldoende volume is bij incidenten en crises. De GGD is van de gemeenten en is direct inzetbaar om de publieke gezondheid te beschermen.

De wereld rondom de taken van de publieke gezondheid is volop in beweging. Aangezet door de decentralisaties in het sociaal domein zijn gemeenten heel intensief bezig hun verantwoordelijkheden op dat terrein vorm te geven – van monitoring en preventiebeleid tot het realiseren van voldoende vangnet voor bijvoorbeeld verwarde personen. Door nu de publieke gezondheid te verbinden met de ontwikkelingen in het sociaal domein ontstaan mogelijkheden om de gemeentelijke verantwoordelijkheden goed op te pakken. Gemeenten willen dat gesprek voeren omdat zij in de lokale praktijk het belang daarvan zien.

'Publieke gezondheid borgen' is een eerste 'foto' van een deel van de taken die de GGD'en uitvoeren en het resultaat van de opdracht van het ministerie van VWS en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) aan GGD GHOR Nederland. Wij vertrouwen erop dat wij hiermee waardevolle informatie aanleveren voor het gesprek over de versterking van de publieke gezondheid in Nederland.

GGD GHOR Nederland
Maart 2016



1. Inleiding

Het draait om gezondheid

Gezondheid is een belangrijke waarde in ons leven: iedereen wil gezond oud worden en wenst dat elkaar toe. Gezondheid maakt het mogelijk om actief te zijn en te participeren. Gezondheid gaat niet alleen over niet-ziek zijn; meer dan dat gaat het over de mogelijkheden die je hebt, hoe je daarmee omgaat en hoe je je daarbij voelt. Of, zoals de definitie van positieve gezondheid luidt: 'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'.

Er zijn veel factoren van invloed op gezondheid. Sommige zijn heel individueel, zoals aanleg voor een bepaalde ziekte, andere zijn wereldwijd in beeld, zoals armoede, milieuvraagstukken en de overmatige beschikbaarheid van ongezond voedsel.

De GGD draagt bij aan publieke gezondheid

Van oudsher valt de publieke gezondheidszorg voor een groot deel onder regie van de gemeenten. Wat ooit begon met waterzuivering en schoolartsen is nu een brede gemeentelijke taak: van hielprik tot ouderengezondheidszorg en van seksuele gezondheid tot toezicht op de kinderopvang. De publieke gezondheidszorg (zie kader 1) ontwikkelt zich voortdurend, mede door de opkomst van nieuwe infectieziekten, de veranderende rol van de burger, veranderende opvattingen over zorg en de verantwoordelijkheid van de overheid hierbij.

De gemeenten hebben een – wettelijk verplicht – landelijk dekkend netwerk van GGD'en. Niet in alle regio's voeren de GGD'en dezelfde taken uit. De rol van de GGD hangt deels samen met regionale vraagstukken en (inter-)nationale ontwikkelingen.

Internationaal vertonen de kerntaken van de publieke gezondheidszorg veel overeenkomst (zie kader 2).

De Directeur Publieke Gezondheid

De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) heeft met de wettelijke verankering van deze functie in 2012 een verbindende rol in de publieke gezondheid. Als directeur van de GGD- en de GHOR-organisatie is

1. *De definitie van publieke gezondheidszorg in de Wet publieke gezondheid*

> Publieke gezondheidszorg: de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten.

2. *Internationaal overeenkomstige onderwerpen van kerntaken van de publieke gezondheidszorg (Jambroes 2013)*

> 1. monitoren en rapporteren van gezondheid of determinanten van gezondheid en het signaleren van ontwikkelingen daarin
> 2. opsporen en preventie van ziekten of gezondheidsrisico's
> 3. gezondheidsbevordering door populatie- of omgevingsgerichte interventies
> 4. gezondheidsbescherming
> 5. geneeskundige hulp bij en oefening en preventie van rampen
> 6. integraal gezondheidsbeleid
> 7. onderzoek naar en innovatie van de publieke gezondheidszorg
> 8. waarborgen van voldoende en competente beroepsbeoefenaren
> 9. kwaliteitsborging

hij de liaison tussen zorg, veiligheid en openbaar bestuur. De DPG moet goed geëquipeerd zijn om verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor het gehele takenpakket van GGD en GHOR. Een kwalitatief en kwantitatief goed toegeruste GGD is daarbij van groot belang.

Het Stimuleringsprogramma Publieke Gezondheid

In de Kamerbrief Betrouwbare publieke gezondheid van augustus 2014 heeft VWS haar visie beschreven op de publieke gezondheid. De VNG heeft aangegeven dat deze visie een goede basis is voor verdere samenwerking. De minister en staatssecretaris van VWS hebben vervolgens het Stimuleringsprogramma Publieke Gezondheid in gang gezet (2015), waarbij naast de twee bestuurlijke opdrachtgevers ook het RIVM en GGD GHOR Nederland betrokken zijn. Doel van het Stimuleringsprogramma is om meer zicht te krijgen op de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid en om de vier GGD-pijlers, zoals in de brief beschreven (zie kader 3), inhoudelijk verder uit te bouwen en waar nodig te versterken. In de brief staat ook dat een aantal taken meer uniform moeten worden uitgevoerd. De minister en staatssecretaris van VWS hebben de Tweede Kamer in oktober 2015 geïnformeerd over de voortgang van het Stimuleringsprogramma.

3. *De vier pijlers van de GGD*

Pijler 1: monitoring, signalering, advisering
Pijler 2: uitvoerende taken gezondheidsbescherming, waaronder infectieziektebestrijding, soa-bestrijding, tuberculosebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg
Pijler 3: publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises
Pijler 4: toezicht houden

Publieke gezondheid borgen: wat brengt deze rapportage?

Conform de Kamerbrieven geeft deze rapportage een eerste inzicht in de wettelijk verplichte taken van de GGD'en. De vier pijlers worden door circa 1.000 formatieplaatsen (fte) in het land uitgevoerd (dit is exclusief de ondersteunende en managementfuncties). Dit is een schatting op basis van beschikbare informatie en kan mogelijk 100 fte meer of minder zijn. Daarnaast voeren GGD'en een scala van meer of minder medische taken uit:

- taken die in de Wpg zijn vastgelegd maar niet verplicht aan de GGD zijn toegewezen;
- taken die in andere wetgeving (Wet kinderopvang) zijn vastgelegd en verplicht door GGD'en worden uitgevoerd;
- taken die in andere wetten zijn opgenomen als gemeentelijke verantwoordelijkheid (zoals in de Wet veiligheidsregio's, Wet op de lijkbezorging of Wet maatschappelijke ondersteuning) en in veel regio's bij de GGD zijn belegd;
- zelfstandig gemeentelijk en/of regionaal beleid.

Enerzijds moet dus de samenhang, kwaliteit en uniformiteit worden geborgd in een landelijk dekkend systeem van GGD'en, anderzijds moeten gemeenten en GGD'en de ruimte hebben de verbindingen met lokale beleidsontwikkelingen flexibel in te passen.
Om de vier pijlers in de goede context te plaatsen, worden daarom in deze rapportage ook andere taken beschreven: de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), Toezicht Kinderopvang, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), Gezondheidsbevordering, Publieke Gezondheidszorg voor Asielzoekers (PGA) en Forensische Geneeskunde. Het gaat om belangrijke en soms grote onderdelen van de GGD.

Bij de 25 GGD'en in Nederland werken in totaal bijna 10.000 fte (de omvang van een groot ziekenhuis), inclusief alle ondersteunende functies. Alleen al de jeugdgezondheidszorg beslaat circa 3.000 fte, ongeveer een derde van de GGD. Door naast de pijlers ook deze taken te beschrijven, maken we de 'foto' completer.
Nog niet van alle taken is de omvang van de uitvoering in beeld; die informatie is vaak gebaseerd op een schatting. GGD'en overleggen met hun gemeenten over hun taken en leggen daar helder en op maat verantwoording over af.
Het maken van een landelijke optelsom is echter minder eenvoudig, omdat GGD'en verschillend georganiseerd zijn, er verschillende administratie-systemen zijn en mensen vaak voor meerdere taken worden ingezet. Het uitsplitsen en her-ordenen van budgetten vraagt daardoor meer tijd dan nu beschikbaar was. De komende jaren gaan we investeren om tot een nog scherpere foto te komen.

Leeswijzer
In hoofdstuk 2 volgt een schets van de achtergronden en totstandkoming van dit document.
Hoofdstuk 3 geeft per GGD-pijler en de genoemde andere taken een beschrijving van het werkveld.
Per pijler wordt gekeken naar de wettelijke basis, personele capaciteit, beschikbaar budget, aanwezigheid van veldnormen, samenwerkingspartners en trends en ontwikkelingen.
De kwantitatieve informatie is deels indicatief: niet voor alle taken zijn de exacte gegevens bekend. In die gevallen is gewerkt met een schatting op basis van de informatie van een aantal GGD'en en is nader onderzoek nodig om de data te verstevigen.
Hoofdstuk 4 'De GGD, verbinden en ontwikkelen', gaat in op de kwetsbaarheden in de huidige taakuitoefening van GGD'en – ook in relatie tot het kunnen anticiperen op ontwikkelingen, zoals beschreven in hoofdstuk 3.



2. Achtergrond en totstandkoming van de nota

Publieke gezondheid goed geregeld?
De organisatie van de publieke gezondheid is in Nederland primair geregeld via de Wet publieke gezondheid (Wpg) en het bijbehorende Besluit. Deze wet regelt de verantwoordelijkheden van de gemeenten en het Rijk. Van een aantal taken is voorgeschreven dat de gemeenten deze door de GGD laten uitvoeren.
Onder andere de Q-koortsuitbraak (vanaf 2007), de Robert M-zaak (2010) en de brand bij Chemie-Pack in Moerdijk (2011) vormden aanleiding om het stelsel van de publieke gezondheid te onderzoeken en het huidige functioneren daarvan te beoordelen. Om tot een oordeel te kunnen komen, is een beschrijving nodig van wat het stelsel van publieke gezondheid wel en niet omvat. De raakvlakken met andere terreinen zijn talrijk. Allerlei factoren zijn van invloed op de gezondheid, maar niet alles valt onder publieke gezondheid.

Het ministerie van VWS heeft in 2013 adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) de opdracht gegeven een aantal thema's van de publieke gezondheid te analyseren om meer duidelijkheid te krijgen over de borging van het stelsel. AEF concludeerde onder meer dat er relatief weinig inzicht bestaat in het functioneren van de lokale publieke gezondheid. Deze en andere conclusies hebben ertoe geleid dat de minister en staatssecretaris van VWS in de 'Kamerbrief betrouwbare publieke gezondheid' (2014) hebben omschreven wat onder de invulling van publieke gezondheidszorg valt. Zij constateren dat een aantal aspecten onduidelijk is:

- Het blijkt niet eenvoudig om helder te krijgen wat precies wordt gedaan aan monitoring, signalering, advisering, gezondheidsbescherming, crisisbeheersing en toezicht: de vier taken (pijlers) die de minister en staatssecretaris als fundament zien van de GGD'en.
- Het is onduidelijk op basis van welke indicatoren bestuurders (landelijk en lokaal) sturen op de publieke gezondheidszorg.
- Er is behoefte om nader uit te werken hoe partijen de verbinding tussen publieke gezondheidszorg en de taken van de gemeenten in het sociaal domein zien.

Stelsel publieke gezondheid verduidelijkt
Met de Kamerbrief van 2014 bevestigen de minister en staatssecretaris de stelselverantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid. Om die verantwoordelijkheid te kunnen waarmaken, heeft de Rijksoverheid inzicht nodig in het functioneren van de publieke gezondheid op lokaal niveau en de interactie tussen gemeenten en het Rijk. Hoe verloopt de inhoudelijke uitoefening van taken door onder andere gemeenten en GGD'en en hoe zijn die taken georganiseerd?

GGD GHOR Nederland, de vereniging van GGD'en en GHOR-bureaus en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) hebben in 2012 en 2013 hun visies op de organisatie van de publieke gezondheid beschreven (GGD GHOR Nederland: 'Publieke Gezondheid en Veiligheid verbonden' en VNG: 'Zicht en Grip, Gemeenten en GGD in publieke gezondheidszorg en veiligheid'). De visies van VNG, GGD GHOR Nederland en VWS hebben veel gemeenschappelijk. Ze beschrijven hoe de GGD'en met elkaar zijn verbonden als een netwerk van diensten met als kern de advies- en beschermingsfunctie. Ook benoemen ze dat het borgen van de publieke gezondheid vraagt om een hoog niveau van bestuurlijke en professionele deskundigheid.

Stimuleringsprogramma Publieke gezondheid
In de Kamerbrief van 2014 wordt een Stimuleringsprogramma Publieke Gezondheid aangekondigd. De vier partijen van het stelsel (VWS, VNG, RIVM

en GGD GHOR Nederland) hebben hiertoe een projectorganisatie ingesteld met een stuurgroep, projectleider en plan van aanpak. Om het Stimuleringsprogramma verder in te kleuren, heeft een projectleider van begin 2015 tot juni 2015 een ronde gemaakt langs belangrijke spelers in het veld. Deze ontmoetingen hebben onder meer geleid tot een lijst van 'vergezichten' van de stuurgroep, die laten zien waar het Stimuleringsprogramma toe moet leiden (Bijlage 1).
De lijn van het Stimuleringsprogramma is door de minister en staatssecretaris in een brief aan de Tweede Kamer verder uitgewerkt (oktober 2015). De drie doelen die daaraan gekoppeld zijn:

1. Meer zicht krijgen op de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid (RIVM en VNG).
2. De vier GGD-pijlers inhoudelijk verder uitbouwen en waar nodig versterken (GGD GHOR Nederland).
3. De GGD positioneren in het sociaal domein (VNG).

De minister en staatssecretaris stellen in de Kamerbrieven dat de ontwikkeling van (door professionals en bestuurders gedragen) veldnormen voor de vier pijlers de rode draad vormt in het Stimuleringsprogramma. De normontwikkeling van de GGD-pijlers staat daarmee niet op zichzelf, maar is onderdeel van een breder programma om de publieke gezondheid beter te borgen.
Het Stimuleringsprogramma is gedurende het hele proces besproken in de Bestuurlijke adviescommissie Publieke Gezondheid (Bac PG), het overleg van voorzitters van GGD-besturen.
Deze gesprekken hebben ertoe geleid dat deze rapportage zich niet beperkt tot de vier pijlers, maar dat ook de context – de overige GGD-taken – hier aan bod komen. De bestuurders geven aan dat zij in hun eigen regio het gesprek willen voeren over de GGD-taken, omdat dit ook verband houdt met goed opdrachtgever- en opdrachtnemerschap.

Werkwijze totstandkoming 'Publieke gezondheid geborgd'

In samenwerking met het RIVM en de VNG is GGD GHOR Nederland in 2015 begonnen met het verzamelen van informatie bij de GGD over de uitvoering van de vier pijlers. Die informatie komt onder meer voort uit:

- bestaande onderzoeken;
- programma- en productbegrotingen;
- focusgroepen van verschillende deskundigen uit het veld (met name deskundigen van GGD'en, gemeenten, RIVM, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), organisatie van zorgondernemers Actiz, ZonMw en Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheidszorg (PG);
- interviews met stakeholders.

De verzamelde informatie zegt iets over het systeem dat onder de vier pijlers ligt. De uitkomsten zijn dan ook niet op individueel GGD-niveau gepresenteerd, maar op het niveau van de GGD'en van Nederland. De regionale situatie kan dus afwijken van het landelijke beeld.



3. Beschrijving van de GGD-taken

De GGD'en in Nederland hebben het doel om de gezondheid van burgers te bewaken, bevorderen en beschermen. De Wet publieke gezondheid beschrijft een aantal taken die in het Besluit publieke gezondheid worden uitgewerkt. VWS heeft vier taken als pijler benoemd voor de publieke gezondheid. Dit hoofdstuk geeft per pijler de beschrijving van het werkveld en voor een aantal gerelateerde taken een korte beschrijving. Achtereenvolgens komen aan bod: de wettelijke opdracht, personele capaciteit, beschikbaar budget, veldnormen, samenwerkingspartners en trends en ontwikkelingen.

3.1 Pijler 1: Monitoring, signalering, advisering

De Raad voor de Volksgezondheid heeft berekend dat 27% van de ziektelast van welvaartsziekten is toe te schrijven aan roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding, te weinig beweging en overgewicht. Daarnaast zijn milieufactoren van negatieve invloed; 6% van de ziektelast kan daaraan worden toegeschreven. Om daar als overheid gerichte maatregelen tegen te kunnen nemen, is informatie nodig over de gezondheid van burgers en over de factoren die in specifieke situaties van grote invloed zijn op de ziektelast. Gemeenten en het Rijk hebben beide een verantwoordelijkheid voor het nemen van gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen, zoals vastgelegd in de Wpg. De GGD'en monitoren gezondheidsrisico's in de fysieke en sociale omgeving. Deze monitoring vormt voor de GGD'en de basis voor het signaleren en adviseren aan de gemeenten over het beleid op het gebied van preventie en gezondheidsbescherming.
In de Kamerbrief van 2014 staat: '[…] de GGD adviseert en ondersteunt de gemeenten ook bij de integrale uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor de jeugd van 0 tot 18 jaar. De GGD bestudeert en adviseert wat nodig is om de uitvoering van de JGZ goed te laten aansluiten op de specifieke situatie in de gemeente en de regio, hoe een goede samenwerking met partners in de gezondheidszorg, de jeugdhulpverlening en het onderwijs kan plaatsvinden en hoe effectief het gevoerde beleid is.'
De monitoringsinformatie biedt ook een belangrijke basis voor de GGD'en om gemeenten te kunnen adviseren over de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De GGD brengt de gezondheidsproblematiek op wijk- en buurtniveau in kaart, adviseert over effectieve aanpakken en legt verbindingen met partijen in relevante sectoren. Andere voorbeelden van adviesonderwerpen zijn: vaccinatiegraad, aanpak seksueel en huiselijk geweld, preventie- en handhavingsplan Drank- en horecawet en andere leefstijlthema's. Ook eenzaamheidsbestrijding, aanpak verwarde personen en effectiviteit van gevoerd gezondheidsbeleid behoren tot dit spectrum. GGD'en geven daarnaast advies over en nemen stappen tot het leggen van verbindingen met zorgpartners, jeugdhulpverlening, onderwijs en partijen in andere sectoren.

Wettelijke taken

Monitoring is benoemd in artikel 2 van de Wet publieke gezondheid. Dit artikel bepaalt dat het college van burgemeester en wethouders zorg draagt voor een aantal taken, waaronder:
- het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, gebaseerd op epidemiologische analyse (art. 2, 2a);
- het elke vier jaar op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie;
  dit voorafgaande aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 13, tweede lid, (art. 2.2b.).

Voor deze taken voert de GGD onder meer gestandaardiseerde monitors uit onder volwassenen, ouderen (65+), jeugd (<12 jaar) en jongeren (>12 jaar). In sommige regio's monitort de GGD ook kwetsbare groepen.

Naast monitoring verrichten GGD'en ook andere vormen van onderzoek, zoals het evalueren van maatregelen en onderzoek voor het ontwikkelen van nieuwe interventies. GGD'en werken daarbij vaak samen met universiteiten, onder meer in de Academische Werkplaatsen PG. Ook gemeenten maken deel uit van deze Academische Werkplaatsen.

Signalering van risico's volgt uit de uitkomsten van de monitors. Daarnaast vindt signalering plaats op grond van registratiegegevens zoals JGZ-databestanden, meldingenregistraties en uitvoerende taken voor gezondheidsbescherming, zoals infectieziektebestrijding. Belangrijke signalen voor het sociaal domein komen bijvoorbeeld van Veilig Thuis, meldpunten OGGZ/maatschappelijke zorg en Centra Seksuele Gezondheid. Voor sommige onderwerpen bestaan geen landelijke registratienormen, waardoor wél lokale en regionale signalering kan plaatsvinden, maar landelijk inzicht minder snel te verkrijgen is. Signalering van specifieke risico's, zoals gezondheid van ouderen, is niet overal onderdeel van de GGD-taken. Enkele GGD'en hebben hier wel een rol in gekregen, onder andere voor data-analyse en/of aanvullend onderzoek naar bijvoorbeeld ondervoeding, uitdroging, valpreventie of de werking van het hitteplan.

Advisering is als volgt benoemd in de Wpg:

- Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (artikel 2, 2c).
- Voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het college van burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst (artikel 16).

Tot die besluiten waarover de GGD adviseert behoort onder meer de lokale nota volksgezondheid (art. 13, 2):

- De gemeenteraad stelt eens per vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin de raad in ieder geval aangeeft:
  a. wat de gemeentelijke doelstellingen zijn ter uitvoering van de in de artikelen 2, 5, 5a en 6 genoemde taken (art 2: epidemiologie, bewaken van gezondheidsaspecten, gezondheidsbevordering, medische milieukunde, technische hygiënezorg, psychosociale hulp bij rampen, prenatale voorlichting; art. 5: JGZ; art 5a: ouderengezondheidszorg; art 6: infectieziektebestrijding).
  b. welke acties in de bestreken periode worden ondernomen ter realisering van deze doelstellingen.
  c. welke resultaten de gemeente in die periode wenst te behalen.
  d. hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de in artikel 16 genoemde verplichting (art. 16: advies vragen aan de GGD over besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg).

In de Omgevingswet die per 2018 in werking treedt wordt vastgelegd dat bij veranderingen in de fysieke leefomgeving ook de invloed op gezondheid (in negatieve en positieve zin) als belangrijke beslissingsfactor wordt meegenomen.

Personele capaciteit

Omdat de advies- en monitoringsfunctie verschillend zijn georganiseerd binnen GGD'en (staf; aparte afdeling beleid, epidemiologie, gezondheidsbevordering en onderzoek; of ondergebracht in uitvoerende afdelingen) zijn de landelijke capaciteit en expertise niet volledig in beeld te brengen. Bij benadering is de GGD-formatie voor monitoring (epidemiologen), signalering en advies (beleidsadviseurs) 250 tot 300 fte. Nader onderzoek is nodig om dit nauwkeuriger in kaart te brengen.

Beschikbaar budget

Uitgaande van de geschatte formatie zou er voor monitoring, signalering en advisering ongeveer 20 miljoen euro beschikbaar zijn.

Veldnormen

Er zijn geen veldnormen opgesteld voor deze pijler. Wel zijn er vastgestelde werkwijzen. De genoemde monitors zijn landelijk gestandaardiseerd door samenwerking van GGD-epidemiologen met het RIVM en het CBS. De informatie uit de monitors wordt niet alleen regionaal maar ook landelijk benut door bijvoorbeeld de VNG voor haar website Waar Staat je Gemeente (www.waarstaatjegemeente.nl). Risicosignaleringen die voortkomen uit de monitoring krijgen in veel regio's de gestandaardiseerde vorm van een regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (r-VTV). Voor signaleringen op grond van eigen registraties, bijvoorbeeld van infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg, zijn werkwijzen vastgelegd in de beroepsrichtlijnen.
Voor advisering kunnen GGD'en gebruikmaken van de richtlijn voor het opstellen van beleidsadviezen openbare gezondheidszorg. GGD'en hebben deze richtlijn in 2008 ontwikkeld als onderdeel van het kwaliteitstraject Beter Voorkomen.

Samenwerkingspartners

Voor zowel monitoring als advisering werken GGD'en op landelijk niveau samen met het RIVM. Voorbeelden daarvan zijn onder meer de Volksgezondheid Toekomst Verkenning en de ontwikkeling van wijkprofielen (monitoring) en het Loket Gezond Leven met de handreiking gezonde gemeente (advisering).
Op het terrein 'jeugd' werken GGD'en intensief samen met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Daarnaast werken GGD'en samen met ZonMw en de diverse kennisinstituten voor kennisontwikkeling, bijvoorbeeld met Pharos over de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen of met het Voedingscentrum over de implementatie van de gezonde schoolkantine. Ook de samenwerking met universiteiten en gemeenten in de academische werkplaatsen is gericht op kennisontwikkeling. Uitkomsten daarvan zijn onder meer het verbeteren van beleidsmaatregelen om sociaaleconomische gezondheidsverschillen terug te dringen en het verkrijgen van goede informatie, zoals wijkgezondheidsprofielen voor het sociaal domein.

Trends en ontwikkelingen

Zowel inhoudelijke als technologische ontwikkelingen voltrekken zich in hoog tempo. Er komt steeds meer en sneller informatie beschikbaar, maar het verbinden van diverse bronnen is vrij ingewikkeld (*big data, real time* monitoring). Bestuurders en beleidsmakers hebben meer behoefte aan actuele en gedetailleerde informatie. De gemeentelijke ontwikkelingen in het sociaal domein vragen veel beleidsaandacht en leiden tot vragen over wat effectieve beleidsmaatregelen zijn. De uitbreiding van het takenpakket van de gemeenten op het terrein van zorg en ondersteuning heeft de verbinding tussen (eerstelijns-)zorg en de gemeente geïntensiveerd.

Door deze ontwikkelingen worden er hogere eisen aan de GGD gesteld, denk aan het beschikbaar stellen van actuele data op postcodeniveau om gerichte en specifieke beleidsmaatregelen te

kunnen nemen. Om aan die eisen te kunnen voldoen is een investering nodig in bijvoorbeeld steekproefomvang en in ontwikkelingen om voor kleine gebieden goede inschattingen te kunnen maken.

Het ontsluiten van *big data* en het inzetten van andere systemen voor *real time* monitoring voor het snel verkrijgen van beleidsinformatie vragen om stevige ontwikkeling. De decentralisaties in het sociaal domein zijn van grote invloed op de vragen die gemeenten aan de GGD'en stellen – zowel wat betreft de aard van de informatie, bijvoorbeeld over zorgbehoevenden, als qua deskundigheid, bijvoorbeeld over onderbouwing van maatregelen in het sociaal domein of over samenwerking met zorgpartijen over de aanpak van verwarde personen.

Advies wordt minder dan voorheen als basistaak in de gemeenschappelijke regeling begroot en meer als plustaak voor specifieke gemeenten. De GGD levert hierdoor meer maatwerk, maar de adviesfunctie is daardoor minder herkenbaar als collectieve basistaak (pijler).

In de Wpg staat dat het college de afstemming van de publieke gezondheid met de curatieve gezondheidszorg bevordert. De GGD kan gemeenten ondersteunen bij het leggen van relaties met uiteenlopende zorgpartijen, zoals verzekeraars, eerstelijnszorgverleners en de GGZ. De GGD-professionals zijn vanuit hun uitvoerende taken al een netwerkpartner in de zorg en vormen ook steeds meer een verbindende schakel tussen zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten.

GGD'en ontwikkelen nieuwe perspectieven op preventie in het sociaal domein. Ze gebruiken daarbij het concept positieve gezondheid om gemeenten te adviseren over waar ondersteunende factoren kunnen worden versterkt.

Dit concept wordt ook vertaald naar onderzoeksvragen ten behoeve van monitoring.



3.2 Pijler 2: Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

Burgers nemen zelf maatregelen om zich te beschermen tegen ziekten; zo komen mensen bij de GGD voor vaccinaties als zij op reis gaan. Maar zij vertrouwen er ook op dat zij beschermd worden als er risico's bestaan op de verspreiding van infectieziekten. De Wpg bevat een aantal gezondheidsbeschermende taken die om specialistische medische deskundigheid vragen. Het gaat om de uitvoeringstaak voor gemeenten op het terrein van infectieziektebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg.

Tot de tweede pijler 'uitvoerende taken gezondheidsbescherming' behoren drie specifieke GGD-taken:

1. infectieziektebestrijding (IZB), waaronder:
   - 1.1. bestrijding van tuberculose (TBC);
   - 1.2. bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA);
2. technische hygiënezorg (THZ) en
3. medische milieukunde (MMK).

De totale capaciteit voor deze drie taken in Nederland bedraagt bij benadering 675 fte: 535 fte voor infectieziektebestrijding (waarvan 170 voor algemene infectieziektebestrijding, 165 voor tbc-bestrijding en 200 fte voor soa-bestrijding), 60 fte voor technische hygiënezorg en 80 fte voor medische milieukunde.
Omdat de verschillende toezichthoudende THZ-taken door dezelfde beroepsbeoefenaren worden uitgevoerd, worden in dit hoofdstuk zowel de algemene (adviserende) THZ-taken beschreven als de toezichttaken.

3.2.1 Infectieziektebestrijding

Infectieziektebestrijding omvat het voorkomen, signaleren en bestrijden van infectieziekten die vanwege de verspreidingskans een risico kunnen vormen voor de volksgezondheid. Door adequate bestrijding draagt de GGD bij aan een veilige leefomgeving. Infectieziektebestrijding geeft gemeenten en het Rijk inzicht in de risico's en de mogelijkheden deze te verkleinen, adviseert risicovolle instellingen en bedrijven over te nemen maatregelen en zorgt voor een adequate aanpak bij (dreiging van) een epidemie.

Wettelijke taken
Infectieziektebestrijding is binnen de publieke gezondheid zowel een taak van de gemeenten als van het Rijk. De gemeenten dragen zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied en bron- en contactopsporing bij meldingen van infectieziekten (Wpg artikel 6, 1e lid). Het gaat om een grote variëteit aan ziekterisico's. Voorbeelden uit het nabije verleden zijn de Mexicaanse griep, SARS, MERS en ebola. En telkens doen zich nieuwe opkomende risico's voor, zoals recent het zika-virus. Het internationale karakter van IZB is er de oorzaak van dat de wettelijke taken zijn beschreven conform de internationale gezondheidsregelingen (IHR).
Afhankelijk van de ernst en omvang van de ziekte is de verantwoordelijkheid voor de aanpak ervan belegd bij het college, de burgemeester, de veiligheidsregio of de minister. Dat vergt goede afstemming en adequate signalering en melding.
Een aparte taak voor de GGD is reizigerszorg.
Dit omvat vaccinatie van reizigers en advisering bij vragen over (voor-)zorg. Bij reizigersvaccinaties snijdt het mes aan twee kanten: individuen

beschermen zichzelf tegen infectieziekten, wat tegelijkertijd voorkomt dat infecties worden geïmporteerd en schade kunnen berokkenen aan de publieke gezondheid. De meeste GGD'en voeren reizigerszorg uit, waarvoor in totaal circa 130 fte werkzaam zijn. Deze taak is echter niet specifiek in een wet belegd en de uitvoering ervan wordt door de markt gefinancierd. Deze GGD-taak is daarom niet meegenomen bij de berekening van capaciteit en budget in dit rapport.

Personele capaciteit

Bij de GGD'en werken momenteel zo'n 170 fte aan algemene infectieziektebestrijding, waarvan ongeveer 60 artsen, 100 verpleegkundigen en 10 overige functies.

Beschikbaar budget

Het totale budget van de GGD'en in Nederland bedraagt naar schatting circa 13 miljoen euro.

Veldnormen

In 2004 is in het kader van het project Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg (VISI) een normering vastgesteld voor de werkzaamheden op het terrein van de algemene infectieziektebestrijding. Deze norm is in 2013 bijgesteld door de programmacommissie IZB. Op grond van deze norm zou circa 195 fte nodig zijn.
De norm houdt echter nog geen rekening met de bestrijding van antibioticaresistentie, wat een nieuwe en belangrijke taak voor de GGD'en is (zie verderop 'Trends en ontwikkelingen'). Het RIVM ontwikkelt richtlijnen die de uitvoering van de infectieziektebestrijding ondersteunen. De Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding is verantwoordelijk voor de ontwikkeling, het onderhoud en de implementatie van richtlijnen en draaiboeken.

Samenwerkingspartners

GGD'en werken samen met het RIVM (Centrum Infectieziektebestrijding, CIb), de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) en regionale ketenpartners zoals laboratoria, huisartsen, ziekenhuizen, artikel 26-instellingen[1] en veterinaire artsen.

Trends en ontwikkelingen

De infectieziektebestrijding is de afgelopen jaren veranderd. De complexiteit is toegenomen en er wordt vaker een beroep gedaan op de GGD'en, onder meer door toegenomen antibiotica-resistentie, diergerelateerde infectieziekten (zoönosen) en *emerging diseases* als MERS en ebola. Ook maatschappelijke ontwikkelingen als globalisering, technologische ontwikkelingen en de opkomst van de informatiemaatschappij veranderen de aard van de vraag van burgers en ketenpartners naar de infectieziektebestrijding.

Deze ontwikkelingen leiden er onder meer toe dat infectieziekten niet alleen meer een medisch probleem zijn, maar een impact hebben op diverse onderdelen van de samenleving. De proactieve taken die GGD'en uitvoeren op dit gebied – waaronder de voorbereiding op uitbraken, investeringen in innovatie en onderzoek, versterking van netwerk en regie en modernisering van surveillance – verdienen dan ook meer aandacht. Voor de bestrijding van antibioticaresistentie zijn aanvullend enkele tientallen fte nodig (zie ook 'Naar een toekomstbestendige en proactieve infectieziektebestrijding', GGD GHOR Nederland, 2014).

Twee onderdelen van infectieziektebestrijding zijn op een dusdanig eigen wijze georganiseerd dat we deze hierna nader toelichten.

1 Instellingen waar voor infectieziekten kwetsbare populaties verblijven of samenkomen: instellingen waar kinderen, zieken of ouderen verblijven, zoals verpleeghuizen, ziekenhuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, jeugdinstellingen, kindercentra, scholen voor basisonderwijs, opvangcentra voor dak- en thuislozen en opvangcentra voor asielzoekers

3.2.1.1 Tuberculosebestrijding

Tuberculosebestrijding betreft het bestrijden van tbc inclusief bron- en contactonderzoek en het nemen van algemene preventieve maatregelen. Daarnaast krijgen alle tbc-patiënten, ook degenen die in het ziekenhuis worden behandeld, begeleiding van een sociaal-verpleegkundige van de GGD.

Wettelijke taken

Tuberculosebestrijding valt onder de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding (Wpg artikel 6, 1e lid). Het Besluit publieke gezondheid beschrijft de functie nader, onder andere in art. 17.3 over de deskundigheid van de GGD-arts.

Personele capaciteit

De GGD'en beschikken voor tbc-bestrijding in totaal over circa 165 fte (1 juli 2014), Dit aantal omvat circa 20 fte artsen, 50 fte verpleegkundigen en 95 fte medisch-technisch personeel.

Beschikbaar budget

Het beschikbaar budget personele kosten voor tuberculosebestrijding is ruim 10 miljoen euro in totaal. Dit budget is exclusief röntgen- en andere randapparatuur.

Veldnormen

Beroepsgroepen en de Commissie Praktische Tuberculose hebben veldnormen en richtlijnen opgesteld voor artsen, sociaal verpleegkundigen en medisch-technisch personeel in de tbc-bestrijding, hierbij ondersteund door het KNCV Tuberculosefonds (zie de Kennisbank van het KNCV Tuberculosefonds: kncvtbc.org).

Samenwerkingspartners

GGD'en werken samen met kennisinstituten zoals het KNCV Tuberculosefonds en het RIVM en met organisaties waar relatief vaak tbc voorkomt, zoals medische diensten van penitentiaire inrichtingen en asielzoekerscentra (COA), medewerkers van de drugshulpverlening en van dak- en thuislozenopvang, en met arbodiensten, huisartsen en thuiszorg.

Trends en ontwikkelingen

De organisatie van de tuberculosebestrijding bij de GGD 'en is in verband met het teruglopend aantal tbc-patiënten aan het veranderen. Voor behoud van kwaliteit wordt de publieke tuberculosebestrijding geconcentreerd in vier (tijdelijk vijf) regio's met Regionale Expertise Centra (REC's). Daarmee wordt uitvoering gegeven aan de doelstellingen uit het Nationaal Plan Tuberculosebestrijding 2011-2015.
Het RIVM werkt met KNCV Tuberculosefonds aan een nieuw Nationaal Plan Tuberculosebestrijding 2016-2020. Hierin worden veranderingen in de bestrijding van tuberculose voorgesteld, waaronder de invoering van nieuwe diagnostische middelen. De huidige hoge instroom van asielzoekers uit herkomstlanden met een verhoogd risico op tbc vraagt om extra inzet en capaciteit voor de bestrijding. Dit vereist een flexibele organisatie van de tbc-bestrijding.

Ontwikkelingen in het aantal patiënten en beleidsveranderingen die zijn voorgesteld in het nieuwe Nationaal plan tuberculosebestrijding hebben gevolgen voor de organisatie van de publieke tuberculosebestrijding en het aantal professionals dat GGD'en daarvoor in dienst hebben. Een belangrijke en onzekere factor hierin is de toename van het aantal asielzoekers in Nederland. Behoud van kwaliteit én flexibele inzet van mensen en middelen om te kunnen inspringen op bijvoorbeeld een plotselinge toename van asielzoekers zijn belangrijk voor de toekomst. Dit vereist landelijke samenwerking tussen GGD'en (zie ook paragraaf 3.5.4. Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers).

3.2.1.2 Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en bevordering seksuele gezondheid

Voor de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) biedt de GGD, aanvullend op de eerstelijnszorg bij de huisarts, hoogrisicogroepen de mogelijkheid zich gratis en anoniem te laten testen. Dit aanbod is gericht op doelgroepen die via de reguliere zorg moeilijk bereikt worden en die een verhoogd risico op soa hebben of problemen rondom seksualiteit in bredere zin.
Voorlichting en behandeling voorkomt verspreiding van ziekten en seksualiteitgerelateerde problematiek zoals seksueel misbruik, loverboys en ongewenste zwangerschap.
In 2014 hielden GGD'en zo'n 140.000 consulten.
In 2012 is de seksualiteitshulpverlening voor jongeren onder 25 jaar (bekend onder de naam Sense) geïntegreerd met de soa-bestrijding. Een belangrijke taak van de GGD in het bestrijden van soa is partnerwaarschuwing (bron- en contactopsporing) ter voorkoming van verspreiding en ter vermindering van eventuele (onnodige) onrust.

Wettelijke taken
De bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen valt onder de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding (Wpg artikel 6, 1e lid).

Personele capaciteit
In acht regio's werken GGD'en samen aan de uitvoering van de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG). De formatie bij deze GGD'en voor de bestrijding van soa is circa 200 fte, bestaande uit artsen, verpleegkundigen, doktersassistenten en administratieve ondersteuning.

Beschikbaar budget
Voor de uitvoering van de bestrijding van soa en voor seksualiteitshulpverlening voor jongeren onder 25 jaar is de subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheid (ASG) van kracht. In 2015 werd via deze regeling door het ministerie van VWS ruim 33 miljoen euro ter beschikking gesteld, waarvan GGD'en 15 miljoen besteden aan personele kosten. Het overige budget wordt besteed aan laboratoria. Naast de ASG-regeling dragen sommige gemeenten de GGD'en andere preventieve taken op. Informatie over deze aanvullende budgetten is niet landelijk beschikbaar.

Veldnormen
De uitvoering van soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening gebeurt volgens de landelijke richtlijnen. Die zijn opgesteld door het RIVM samen met de beroepsgroepen en met bijdragen van de Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland. Er is geen veldnorm voor de capaciteit voor soa-bestrijding.

Samenwerkingspartners
Voor de soa-bestrijding werken GGD'en samen met diverse ketenpartners zoals huisartsen en specialisten (dermatologen, seksuologen, hiv-behandelcentra en scholen) en met andere organisaties die betrokken zijn bij de risicodoelgroepen (bijvoorbeeld mannen die seks hebben met mannen (MSM-mannen), (laagopgeleide) jongeren, asielzoekers en statushoudende vluchtelingen). Ook is er samenwerking met organisaties die werken met hoogrisicogroepen, zoals Soa Aids Nederland, Rutgers WPF, COC en Centra Seksueel Geweld.

Trends en ontwikkelingen
Op het gebied van soa-bestrijding blijft het aantal consulten stijgen, zowel bij de huisartsen als bij de GGD'en, zo constateerde het RIVM in 2015. Het ministerie van VWS heeft de subsidieregeling ASG in 2013 geëvalueerd. Hieruit bleek dat de zorg die de GGD'en leveren daadwerkelijk aanvullend werkt en dat er geen aanleiding is om aan te nemen dat er sprake is van substitutie van zorg.

In 2015 is een financieel plafond gesteld aan de subsidieregeling ASG. Dat betekent dat uitgaven niet meer mee kunnen bewegen met de daadwerkelijke vraag en dat er een scherpe triage is ingebouwd. Hierbij bestaat de kans – en sommige GGD'en hebben daar al aanwijzingen voor – dat bepaalde risicogroepen zich niet meer melden bij de GGD, maar ook de weg niet willen of kunnen vinden naar de huisarts. Dat is een risico voor de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen. Anderzijds hebben GGD'en c.q. centra voor seksuele gezondheidszorg binnen de budgettaire ruimte meer vrijheid gekregen voor het leveren van maatwerk en het inzetten van preventiemiddelen.

3.2.2 Technische hygiënezorg

inclusief toezichttaken uit pijler 4

Om verspreiding van infectieziekten te beperken en te voorkomen zijn maatregelen op het gebied van technische hygiënezorg noodzakelijk.
De GGD voert deze taak voor de gemeente uit. Daarnaast zijn organisaties zoals de NVWA op rijksniveau belast met toezicht op voedselveiligheid.

Technische hygiënezorg (THZ) omvat het volgende:
- nagaan waar een verhoogd risico bestaat op de verspreiding van pathogene micro-organismen (bijvoorbeeld legionella, hepatitis B of bacteriën die infecties van het maagdarmkanaal veroorzaken) zoals plekken waar water wordt opgeslagen of locaties waar kwetsbare groepen wonen (denk aan beschermd wonen, maatschappelijke opvang en verpleeghuizen) en
- maatregelen voorstellen om risico's te verkleinen.

De gemeente dient zich ervan te vergewissen dat instellingen of voorzieningen met een verhoogd risico passende maatregelen nemen. Het gaat om bijvoorbeeld kinderdagverblijven, basisscholen, piercing- en tatoeagestudio's, seksbedrijven, sauna's, grootkeukens, voorzieningen voor nachtopvang en asielzoekerscentra. Ook plaatsen waar grote evenementen worden gehouden behoren hiertoe.
Een aantal THZ-taken zijn juridisch als een toezichttaak benoemd, met bijbehorend regime van handhaving. Deze taken worden merendeels uitgevoerd door commerciële bedrijven die ook betaling van het toezicht op zich nemen. Voor andere taken is de juridische context om maatregelen te nemen beschreven als adviserend en voorlichtend.
Omdat de taken veelal door dezelfde professionals worden uitgevoerd, is ervoor gekozen om het geheel aan THZ-taken, dus ook de toezichtstaken, in de uitwerking van deze pijler mee te nemen.

Naast taken die staan omschreven in landelijke wetgeving voeren GGD'en nog andere hygiënezorg uit. Dit zijn bijvoorbeeld taken op basis van landelijke beleidsafspraken (zoals advisering bij asielzoekerscentra), taken die voortvloeien uit landelijk of regionaal gesloten convenanten (denk aan advisering bij evenementen) of taken die vanuit gemeentelijke regelgeving (bijvoorbeeld toezicht bij seksbedrijven) of beleidsafspraken bij de GGD zijn belegd.

Wettelijke taken
De Wpg (artikel 2.2 f) vormt het uitgangspunt voor de werkzaamheden op het gebied van technische hygiënezorg. In artikel 8 van de Regeling publieke gezondheid (2008) is de uitvoering van sanitaire controle van zeeschepen bij de gemeenten belegd (*Ship Sanitation Certification*). De GGD'en voeren deze regeling uit. Op schepen

die internationale reizen maken moet een geldig certificaat aanwezig zijn.

In de Wet veiligheidsregio's (Wvr) is opgenomen dat een veiligheidsregio een risicoprofiel moet opstellen. Op basis van dit profiel worden beleidskeuzes gemaakt en wordt een beleidsplan opgesteld. Dit plan kan per regio verschillen, maar in elke regio is het risico op een 'ziektegolf' als een van de meest waarschijnlijke benoemd.
Om hierop voorbereid te zijn, stellen alle regio's een infectieziektebestrijdingsplan op, waarbij ze de expertise van de GGD over technische hygiënezorg inroepen.
Bij evenementen vraagt een gemeente de GHOR (en andere instanties, waaronder de politie) om advies. Indien meer aspecten dan de standaardvoorschriften een rol spelen, dient de gemeentelijke adviesaanvraag via de GHOR naar de GGD doorgestuurd te worden.

Een andere landelijke THZ-taak is het toezien op de hygiënevoorwaarden voor het verlenen van vergunningen voor tatoeage- en piercingstudio's. Deze toezichttaak is specifiek bij de GGD belegd in het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen.

Personele capaciteit

In de technische hygiënezorg zijn in totaal 60 fte verpleegkundigen werkzaam, waarvan ruim 20 fte beschikbaar zijn voor de algemene adviestaken uit de Wpg (zoals bedoeld in artikel 2.2f en artikel 47) en voor taken die voorkomen uit het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen. Voor toezichttaken zijn 40 fte beschikbaar.

Beschikbaar budget

Loonkosten voor het totaal van 60 fte bedragen circa 3,8 miljoen euro.

Veldnormen

In 2014 is voor THZ een normering opgesteld conform de methodiek die in de algemene infectieziektebestrijding (VISI) is uitgewerkt op basis van de negen basistaken. Volgens deze norm is de landelijke formatie 10 tot 20 fte onder het benodigde aantal. Het LCHV (Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid) brengt richtlijnen voor technische hygiënezorg uit. Hierin staan de taken en het wettelijk kader voor technische hygiënezorg uitvoerig beschreven.

Samenwerkingspartners

Belangrijke samenwerkingspartners zijn: gemeenten, het RIVM, het LCHV, de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA), de NVWA en marktpartijen als rederijen, zorginstellingen, tatoeage- en piercingshops en permanente make-up studio's.

Trends en ontwikkelingen

De problematiek van antibioticaresistentie (ABR) vraagt om een versterking van de infectieziektebestrijding en de rol van de afdeling technische hygiënezorg. De minister heeft met alle veldpartijen en gecoördineerd door het RIVM een traject ingezet om de bestrijding van ABR te verbeteren.
Het Wetsvoorstel regulering prostitutie en bestrijding misstanden seksbranche (WRP) stelt een verplicht vergunningenstelsel voor seksbedrijven voor. De burgemeester van de gemeente waar de exploitant zijn bedrijf gevestigd heeft, zou de vergunning dan verstrekken. Uitgangspunt van het wetsvoorstel is dat meer uniformiteit in het vergunningenbeleid leidt tot een betere aanpak van misstanden in de seksbranche. De gezondheid, veiligheid en het zelfbeschikkingsrecht van sekswerkers moeten voldoende worden beschermd.
Het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV) heeft in december 2013 de Hygiënerichtlijn voor seksbedrijven gepubliceerd met hygiënenormen voor exploitanten en eigenaren van seksbedrijven. Als de lokale regelgeving geen inspectie van de hygiënenormen door de GGD verplicht stelt, is het aan de exploitant om de gemeente op een andere manier periodiek inzicht te verschaffen in de naleving van de hygiënenormen. Dit kan onder meer door op eigen initiatief de GGD in te schakelen. Dit vraagt van de GGD om uitbreiding van de functie 'arts maatschappij en gezondheid', van de epidemiologische functie en van de inzet van deskundigen infectiepreventie (DIP-er). Deze uitbreidingen zijn nodig om preventieve, noodzakelijke activiteiten in de zorgsector te kunnen ondersteunen en uitvoeren. Dit is nog niet in elke regio gerealiseerd. Er is een profiel geschreven voor de deskundige infectiepreventie binnen de publieke gezondheid, aanvullend op het reeds bestaande DIP-profiel voor de zorg. Het is nodig dat de opleiding voor de functie wordt erkend, zodat beide disciplines – zowel de klinische als publieke gezondheidszorg – in hetzelfde kwaliteitsregister worden opgenomen. Zonder deze erkenning is er een belemmering om deze opleiding te volgen.

3.2.3 Medische milieukunde

Van de ziektelast in Nederland kan 6% worden toegeschreven aan milieufactoren (RIVM, Volksgezond toekomstverkenning 2014). Medische milieukunde (MMK) geeft lokale overheden inzicht in hun mogelijkheden om de volksgezondheid te beïnvloeden via de fysieke leefomgeving. MMK biedt concrete oplossingen, onder andere voor het meewegen van gezondheidsfactoren bij nieuwe ruimtelijke projecten en voor het ingaan op klachten en signalen van burgers.
De medische milieukundigen geven onder meer advies over luchtverontreiniging, geluidshinder, uitbreiding van veehouderijen, asbest, bodemverontreiniging en binnenmilieuklachten. Bij (dreigende) rampen ondersteunen de medische milieukundigen gemeenten bij het inschatten van de gezondheidsrisico's en geven zij gezondheidskundig advies.
MMK heeft veel raakvlakken met andere GGD-taken. De medische milieukundige taken hebben soms een meer gezondheidsbevorderend karakter, zoals het project 'Een Frisse Klas' voor een gezond binnenmilieu op scholen. Soms heeft de medische milieukunde een meer toezichthoudend karakter en raakt het aan de technische hygiënezorg. Ook zijn er sterke raakvlakken met het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (zie pijler 1).

Wettelijke taken

Het bevorderen van medische milieukundige zorg is wettelijk vastgelegd in de Wpg (art. 2, lid 2e). In het Besluit publieke gezondheid zijn de volgende taken vastgelegd (art. 2, 3e lid):

- het signaleren van ongewenste situaties;
- het adviseren van de bevolking over risico's, inclusief gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen;
- het beantwoorden van vragen vanuit de bevolking en het geven van voorlichting;
- het verrichten van onderzoek.

Tevens is vastgelegd dat het college van burgemeester en wethouders advies vraagt aan de GGD voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg (artikel 16). De Wpg verplicht gemeenten daarnaast om elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid op te stellen (artikel 13, lid 2). Hierin moeten zij vaststellen wat de gemeentelijke doelstellingen, acties en resultaten zijn, ter uitvoering van de in de artikel 2 genoemde onderwerpen.

Personele capaciteit

De landelijke capaciteit van medische milieukunde bij GGD'en is circa 80 fte (MMK-onderzoek 2013 en geverifieerd in 2015). De MMK-teams bestaan voor 80% uit wetenschappelijk opgeleide adviseurs (onder andere gezondheidswetenschappers, milieukundigen, artsen MMK en GAGS (gezondheidskundig adviseur gevaarlijke stoffen) en voor 20% uit hbo-opgeleide adviseurs (zoals verpleegkundigen). De instroom van nieuwe artsen in de opleiding tot medische milieukundige blijft achter bij de uitstroom. Dit is zorgelijk en behoeft aandacht.
De formatierichtlijn is 135 fte (Standpunt formatierichtlijn medische milieukundige zorg, in 2005 vastgesteld door GGD Nederland en VNG-commissies Milieubeheer en Gezondheid & Welzijn). Met name proactieve advisering komt te weinig tot stand (NPHF, Eindrapport Kwaliteit en kwantiteit van beroepsbeoefenaren werkzaam in de Medisch Milieukundige zorg in Nederland, 2015).
Ook staat de rol van de medische milieukunde tijdens rampen of dreiging van rampen onder druk. Deze rol vergt opleiding tot GAGS omdat gedegen toxicologische kennis noodzakelijk is. De GGD'en bezitten niet de capaciteit die nodig is om deze wettelijke verplichting in te vullen.

Beschikbaar budget

De totale personele kosten voor medische milieukunde worden geschat op ruim 6 miljoen euro per jaar.

Veldnormen

In 2005 is een veldnorm opgesteld voor de benodigde omvang en competentie voor het uitvoeren van de MMK-taken. Ook zijn er richtlijnen voor het handelen van medische milieukundigen, opgesteld door het RIVM.

Samenwerkingspartners

De GGD-medewerkers MMK worden in hun taak ondersteund en aangevuld door het RIVM. Ook werken GGD'en samen met gemeentelijke diensten als ruimtelijke ordening en met Omgevingsdiensten en de GHOR.

Trends en ontwikkelingen

De nieuwe Omgevingswet en – deels daarmee samenhangende – veranderingen rondom (burger-) participatie vragen om ander beleid en een andere werkwijze van gemeenten ten aanzien van gezondheid en fysieke leefomgeving. Burgers hebben een actieve rol in het meebeslissen over de inrichting van de fysieke omgeving en vragen om informatie.
Deze ontwikkelingen vragen om een andere invulling van de rol van de medische milieukunde. Dat is een uitdaging omdat de landelijke capaciteit op dit moment ver onder de streefwaarde ligt die in 2005 is vastgesteld door onder andere de VNG. Mede hierdoor worden de wettelijke taken – en dan met name de proactieve taken – in de praktijk onvoldoende ingevuld. De uitdaging is om de medische milieukundige zorg zodanig te versterken dat GGD'en hun gemeenten kunnen ondersteunen in de wettelijk voorgeschreven taken en bij de veranderde rol van de overheid op het gebied van gezondheid in relatie met de fysieke leefomgeving.

Recent onderzoek van de provincie Noord-Brabant toont aan dat in veel gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid geen rekening wordt gehouden met de sociale en fysieke leefomgeving.
Daarnaast wordt gezondheid niet in samenhang gebracht met beleid op terreinen van onder meer landbouw, milieu en ruimtelijke ontwikkeling. Daarmee heeft publieke gezondheid een relatief kleine rol in besluiten over de ruimtelijke ontwikkeling. Lokaal gezondheidsbeleid kan nog flink worden verbeterd door meer aandacht te besteden aan de relatie tussen omgeving en gezondheid (provincie Noord-Brabant en Universiteit Tilburg 2015).



3.3 Pijler 3: Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises

Rampen, incidenten en crises hebben een grote impact op het leven van mensen. Dat geldt voor direct betrokkenen, maar ook breder. Zo is er toegenomen behoefte om collectief te helpen zoeken bij vermissingen of om te rouwen na rampen en incidenten met (veel) doden. Maar ook het gezamenlijk verwerken van kleinere incidenten in een wijk of op een school neemt toe.
Bij rampen en crises is er met betrekking tot de gezondheidszorg een rol weggelegd voor zowel de GGD als voor de Veiligheidsregio. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is op grond van de Wpg/Wvr directeur van de GGD én verantwoordelijk voor de aansturing van de GHOR. De DPG heeft zodoende een verantwoordelijkheid in zowel het gezondheidsdomein als in het veiligheidsdomein.

Hier gaan we met name in op het GGD-deel.
De GGD moet verschillende taken ook in de opgeschaalde (GHOR-)situaties kunnen uitvoeren. Dat vraagt een specifieke voorbereiding. De GGD geeft gezondheidskundig advies over infectieziektebestrijding, gevaarlijke stoffen, psychosociale hulpverlening (PSH) en gezondheidsonderzoek na rampen en voert daarvoor ook een deel van de taken uit. In acute situaties dient de DPG de professionele regie te kunnen (laten) voeren op de uitvoering van de taken, bijvoorbeeld op die van vaccinatie-programma's bij een grieppandemie.

De GGD adviseert en ondersteunt gemeenten ook bij kleinschalige incidenten en zedenzaken – vaak schokkende gebeurtenissen die veel maatschappelijke onrust veroorzaken.
Psychosociale hulp wordt vaak onderverdeeld in PSH bij ongevallen en rampen en PSH bij kleinschalige incidenten (PSH-i). Bij veel GGD'en worden deze als één proces gezien. Omdat vaak de gezondheid en veiligheid van kinderen in het geding is, heeft de JGZ heeft een grote rol bij de PSH-i.

De GGD beschrijft in een GGD Rampen Opvang Plan (GROP) de aanpassing van de interne organisatie vanaf de ontvangst van een melding van een dreigende crisis tot aan de afronding van de GGD-inzet. In het GROP worden werkwijze, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en de afspraken over afstemming met partnerorganisaties vastgelegd.

Wettelijke taken

Het college van burgemeester en wethouders heeft een wettelijke taak in de rampenopvang en crisisbeheersing. Deze is beschreven in de Wpg en de Wet veiligheidsregio (Wvr).

De Wpg (wet en besluit) zegt over de rol van de GGD bij crises:

- Het 'bevorderen van psychosociale hulp bij rampen' (art. 2 g Wpg). Voor psychosociale hulpverlening bij (kleinschalige) incidenten is geen wettelijke basis, maar heeft de GGD, vanuit haar verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid, een taak ten aanzien van de coördinatie van hulpverlening. Dit is het geval als de reguliere zorg in het gedrang komt of dreigt te komen en vanwege collectieve preventie. Ook adviseert en ondersteunt de GGD, vanuit haar publieke taak, de gemeenten bij het omgaan met maatschappelijke onrust en (het risico op) verstoring van de openbare orde en veiligheid.
- In het Besluit publieke gezondheid staat (artikel 2, lid 1) dat de gemeente zorg draagt voor het via onderzoek verwerven van inzicht in de gezondheidstoestand van degenen die door een crisis worden getroffen.

- De voorbereiding op de bestrijding van infectieziekten waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat (art. 6-10 Wpg).
- Het veiligheidsbestuur stelt in overeenstemming met het algemeen bestuur van de GGD dát deel van het crisisplan vast, dat betrekking heeft op de onderdelen van de publieke gezondheid en de geneeskundige hulpverlening (art. 8.3 Wpg).
- In het Besluit publieke gezondheid (art 2, lid 3) staat dat de gemeente de bevolking moet adviseren over risico's, inclusief gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen, in het bijzonder bij crises of dreiging van crises.

Daarnaast zijn de verantwoordelijkheden van de GGD en de GHOR beschreven in de Wet veiligheidsregio's:
- De GGD is ingevolge artikel 33, eerste lid van de Wvr, verplicht de nodige maatregelen te treffen met het oog op haar taak binnen de geneeskundige hulpverlening en de voorbereiding daarop.
- De GGD is ingevolge artikel 33, tweede lid van de Wvr, verplicht om schriftelijke afspraken met de GHOR te maken over de inzet binnen de uitvoering van haar taak en de voorbereiding daarop, met inachtneming van de daaraan gestelde eisen in artikel 5.1 van het Besluit veiligheidsregio's.
- In artikel 32, eerste lid van de Wvr, staat vermeld: 'De door het bestuur van de veiligheidsregio ingestelde organisatie Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) is belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening en met de advisering van andere overheden en organisaties op het gebied van de geneeskundige hulpverlening'.

De GHOR-bureaus zijn organisatorisch soms bij de Veiligheidsregio en soms bij de GGD ondergebracht.

De taak van de GGD bij kleinschalige incidenten (die voor de getroffenen heel ingrijpend zijn, maar geen opgeschaalde zorg vragen) zoals zedenmisdrijven, suïcides bij jongeren of een dodelijke schietpartij met getuigen, ligt vooral in het domein van de JGZ en OGGZ, maar is niet nader wettelijk geborgd. De school- en leefomgeving van de getroffenen krijgen ondersteuning bij het omgaan met de situatie om psychische schade te voorkomen en om maatschappelijke onrust tegen te gaan.

Personele capaciteit

De capaciteit die nodig is voor de voorbereiding van GGD'en op calamiteiten is beperkt. Het gaat in de zogenaamde koude fase (de fase dat zich geen calamiteit voordoet) in Nederland hooguit om enkele tientallen medewerkers. De inzet van de professionals in de opgeschaalde (warme) situatie is afkomstig uit de reguliere processen, zoals IZB, MMK en JGZ. Deze capaciteit voor de warme fase is hier buiten beschouwing gelaten.

In deze derde pijler is de voorbereiding op acute situaties geborgd: de koude fase. Op het moment dat het GGD Rampen Opvang Plan actief wordt en professionals worden ingezet voor een ramp of incident, blijft regulier werk liggen. Met name bij een langer durende crisissituatie kan dit tot extra inhaalslagen leiden, bijvoorbeeld van uitgestelde vaccinaties. Daarnaast blijkt dat het voor (kleinere) GGD'en die geen jeugdgezondheidszorg in huis hebben, lastig kan zijn om tijdens grootschalige situaties (bijvoorbeeld de uitvoering van een vaccinatiecampagne) snel voldoende capaciteit inzetbaar te hebben.

De benodigde capaciteit bij kleinschalige incidenten is moeilijk aan te geven. Per regio speelt een dergelijke situatie een à twee keer per week, maar de inzet die nodig is verschilt per incident. Naar schatting wordt circa 1% van de JGZ voor deze zorg ingezet.
Incidenten waarbij verwarde personen betrokken zijn, veroorzaken een toename van maatschappelijke onrust. Dat vergt extra inzet vanuit de OGGZ; enerzijds voor zorg voor de verwarde personen, anderzijds voor nazorg in de wijk.

Beschikbaar budget

Het beschikbaar budget voor voorbereiden en oefenen is circa 2,4 miljoen euro (inclusief kosten van de oefeningen die deels worden gefinancierd uit de Opleiding Trainen Oefenen (OTO) Stimuleringsmiddelen). De financiering van de PSH-i is in de regio's verschillend geregeld. Soms wordt deze hulpverlening uit reguliere budgetten (veelal JGZ) betaald, soms bestaan er andere afspraken met gemeenten. Een betrouwbaar totaalbudget is daardoor niet te geven.

Veldnormen

De minimumnormen waaraan de zorgsector moet voldoen bij de voorbereiding op (grootschalige) rampen- en crisissituaties staan beschreven in het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO: 'De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises'. Dit kader is ontwikkeld binnen het landelijk OTO-programma (Opleiden, Trainen en Oefenen), waarin de zorgketenpartners samenwerken aan een adequate voorbereiding van de zorgsector op rampen en crises. Het Kwaliteitskader is een hulpmiddel om zorginstellingen voor te bereiden op continuïteit van zorg tijdens crisissituaties. Met het bijbehorende instrument 'checklist zelfevaluatie' kunnen zorginstellingen beoordelen in hoeverre voldaan wordt aan het normenkader. Voor de deelprocessen zijn diverse handreikingen en richtlijnen beschikbaar, zoals de GGD Handreiking PSH bij rampen en crises (Arq Psychotrauma Expert Groep) en de Handreiking Gezondheidsonderzoek na rampen (RIVM).

Samenwerkingspartners

De GGD maakt afspraken met de GHOR, de Veiligheidsregio, het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), gemeenten, politie en zorginstellingen. Voor de deelprocessen werkt de GGD samen met:
- Infectieziektebestrijding (IZB): landelijk Outbreak Management Team (OMT) en Centrum infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM.
- Medische Milieukunde/Gezondheidskundig Advies Gevaarlijke Stoffen (MMK/GAGS): Crisis Expert Team (CET); Milieu Ongevallen Dienst (MOD) van het RIVM; centrum Gezondheid en Milieu (cGM) van het RIVM; Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) en de adviseur gevaarlijke stoffen (AGS) van de brandweer.
- Gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR): cGM (RIVM) en onderzoeksinstanties.
- Psychosociale hulp (PSH): afspraken van de GHOR in convenant vastgelegd met GGD en met andere partijen zoals Slachtofferhulp, GGZ en maatschappelijk werk. Daarnaast op verzoek ondersteuning vanuit Arq en RIVM.

Trends en ontwikkelingen

Er is sprake van toegenomen maatschappelijke aandacht voor crises en (kleinschalige) incidenten. Een actuele ontwikkeling voor het PSH-proces is dat de transities bij gemeenten veelal vragen om heroriëntatie van de rol van de GGD daarbinnen. Naar verwachting leidt dit tot aanpassingen van in de PSH-taken. Ook wordt de GGD steeds vaker betrokken bij onder meer zedenincidenten, calamiteiten op scholen en bij sociale en maatschappelijke onrust. De GGD-functionarissen die

werkzaam zijn in de psychosociale hulpverlening worden steeds breder ingezet.

Verandering van rol betekent dat de GGD afspraken zal herzien – met gemeenten en met bestaande en nieuwe ketenpartners, zowel in het sociaal domein als in het veiligheidsdomein. Dit kan per regio en/of gemeente verschillen. De GGD moet borgen dat maatwerk en flexibele inzet van voldoende en voldoende gekwalificeerde medewerkers mogelijk wordt en blijft. Het tekort aan specialisten op het terrein van infectieziekten en MMK zal ook hier waarschijnlijk problemen geven. Voor het gezondheidsonderzoek of het monitoren na calamiteiten is aansluiting op ontwikkelingen rondom de beschikbaarheid van data te verwachten.



3.4 Pijler 4: Toezicht houden

Burgers maken gebruik van allerlei voorzieningen, variërend van sporthal tot kinderdagverblijf en van tatoeageshop tot evenement. Het gebruik daarvan moet veilig zijn, daar vertrouwen mensen op.
De toezichtsfunctie van de GGD is in ontwikkeling. Het ministerie van VWS heeft Lysias Advies in 2015 opdracht gegeven om een verkenning uit te voeren naar de praktijkinvulling van de pijler 'toezicht houden' en naar de dilemma's die de GGD'en bij de uitoefening van deze taken tegenkomen. Die verkenning spitst zich toe op de taken waarbij de GGD op basis van formele wet- en regelgeving een rol heeft als toezichthouder.
De conclusies in dit rapport in hoofdlijnen:

- Gemeenten krijgen steeds meer toezichttaken. Ook bij Rijksinspecties verandert er veel, niet alleen op het terrein van zorg maar ook op het terrein van veiligheid en milieu. Die veranderingen vragen om goede informatie en afstemming. Taken en verantwoordelijkheden van overheden en toezichthouders moeten helder zijn. Het benutten van elkaars kennis en het delen van monitorsystemen kunnen daartoe bijdragen.
- Verdere professionalisering van de GGD als deskundige, onafhankelijke en slagvaardige toezichthouder is belangrijk. Dit is onder meer nodig voor een goede risicoafweging op basis van kennis van kosten en baten en voor het slagvaardig kunnen handelen met een goede verbinding tussen toezicht en handhaving.
- Gemeenten en GGD'en moeten samen nadenken over de invulling van de combinatie van rollen van de GGD als partner, adviseur en toezichthouder.

Voor nieuwe toezichtstaken, voor taken waarvan de context wijzigt of voor taken waarbinnen anderszins veranderingen optreden, is een gemeenschappelijk denkkader en een gedeelde visie van belang, zowel vanuit de systeem-verantwoordelijkheid (Rijk en gemeenten) als vanuit de professionals, zo blijkt uit de verkenning van Lysias. Lysias concludeert dat het zinvol is nader te onderzoeken of gezondheidsrisico's in de huidige toezichtsfuncties voldoende verankerd zijn.

3.4.1 Toezicht – technische hygiënezorg

Onder pijler 2 zijn bij de taken voor technische hygiënezorg de wettelijke toezichttaken beschreven. Het gaat daarbij om wettelijke toezichttaken op (zorg-)voorzieningen waar (kwetsbare) mensen risico lopen door een gebrek aan hygiëne. Aan deze taak werken circa 40 fte.

De laatste jaren zijn nieuwe toezichttaken bij de GGD'en belegd. In de kamerbrief van 2014 staat hierover: 'Daarnaast heeft de GGD een toezicht-houdende taak in de kinderopvang (Wet kinder-opvang, Wko).' Een recente toevoeging is het toezicht op de Wmo. Deze taak is hier meegenomen omdat deze invulling geeft aan het versterken van de positie van de GGD'en in het sociaal domein, zoals benoemd in de genoemde kamerbrief.

3.4.2 Toezicht – kinderopvang

GGD'en houden toezicht op de kwaliteit van kinderopvang bij ruim 16.000 voorzieningen voor kinderopvang. De GGD'en voeren hiervoor verschillende soorten inspecties uit, zoals onderzoeken voor registratie, jaarlijkse onder-zoeken, nadere onderzoeken en incidentele onderzoeken. In de meeste gevallen is de hand-having belegd bij de gemeenten, in sommige gevallen is lichte handhaving bij de GGD'en belegd. Binnen de GGD valt het toezicht kinderopvang

meestal onder een afdeling Algemene Gezondheidszorg, maar ook regelmatig onder JGZ.

Wettelijke taken
Het toezicht op de kinderopvang valt niet onder de Wpg, maar is wel de grootste wettelijke toezichtstaak van de GGD'en. De verantwoordelijkheid ligt bij het ministerie van SZW. Zowel de kwaliteitseisen waaraan kinderopvangorganisaties moeten voldoen, als de rechten en plichten van de toezichthouder staan omschreven in de Wet kinderopvang plus onderhavige regelgeving (besluiten, regelingen en beleidsregels). In de Wet kinderopvang (art. 1.62) staat dat alle voorzieningen voor kinderopvang (kinderdagverblijven, buitenschoolse opvang, peuterspeelzalen en gastouderbureaus) jaarlijks minimaal één keer geïnspecteerd moeten worden door een GGD-toezichthouder. Uitzondering hierop zijn de gastouders, waarvan elk jaar een steekproef van minimaal 5% bezocht moet worden.

Personele capaciteit
GGD'en hebben ongeveer 340 toezichthouders kinderopvang. Omdat een groot deel van de toezichthouders in deeltijd werkt en een deel ook andere (toezicht)taken uitvoert, is het aantal fte geschat op 240. Van de toezichthouders heeft ongeveer 75 procent een hbo-opleiding (verpleegkunde, pedagogiek, SPH), is ruim 20% universitair geschoold (pedagogische en sociale wetenschappen) en heeft circa 5% een opleiding op mbo-niveau.

Beschikbaar budget
De totale kosten voor het door de GGD'en uitgevoerde toezicht in 2014 zijn geraamd op circa 23,5 miljoen euro. De kosten van gemeenten voor handhaving worden geschat tussen 14 en 21 miljoen euro per jaar. Dit blijkt uit onderzoek door Cebeon (2015) in opdracht van het ministerie van SZW.

Het ministerie heeft voor toezicht en handhaving in 2015 en 2016 hetzelfde totale budget (29,9 miljoen) beschikbaar gesteld als in voorgaande jaren. De minister van SZW schrijft naar aanleiding van het onderzoek door Cebeon dan ook dat de kosten voor toezicht en handhaving de storting in het gemeentefonds overschrijden.

Veldnormen
Voor de toezichthouders heeft GGD GHOR Nederland richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, zoals itemlijsten, modelrapporten, een observatie-instrument en een model voor risicogestuurd toezicht. Ook wordt ondersteuning geboden bij de uitvoering: toezichthouders kunnen trainingen volgen en gebruikmaken van een landelijke helpdesk.
Een set minimaal te toetsen items is vastgelegd in de Beleidsregels werkwijze toezichthouder. Onderdelen van het bezoek/de inspectie zijn: een gesprek met de locatieverantwoordelijke, observatie op de groep en beoordeling van beleid en praktijk. De toezichthouder neemt eventuele signalen (van bijvoorbeeld de oudercommissie) mee in de inspectie. Na de inspectie stelt de toezichthouder een rapport op dat in een landelijk openbaar register wordt gepubliceerd.
Ook maakt de toezichthouder een risicoprofiel, op basis waarvan hij de gemeente adviseert over de volgende inspecties. De toezichthouder maakt zowel de rapporten als de risicoprofielen in de GIR. Dit is een automatiseringssysteem voor toezichthouders en handhavers kinderopvang, waarin zij ook de planning maken en waarin allerlei standaarddocumenten te vinden zijn.

Samenwerkingspartners
Belangrijkste samenwerkingspartners van de toezichthouders zijn de handhavers van gemeenten. Andere partners zijn de VNG, de Belastingdienst, de GGD-collega's IZB en JGZ en de vertrouwensinspecteurs van de Inspectie van het Onderwijs.

Trends en ontwikkelingen
Binnen de toezichtsfunctie voor de kinderopvang voltrekt zich een ontwikkeling van meer aandacht voor de kwaliteit van de opvang en minder voor structurele randvoorwaarden. Deze ontwikkeling wordt gefaseerd ingevoerd vanaf 2017/2018. De nieuwe benadering geeft toezichthouders meer professionele ruimte om de kwaliteit van de kinderopvang te beoordelen en meer handvatten om het gesprek over de kwaliteit aan te gaan met de kinderopvangvoorzieningen.
Een voorbeeld van een actuele ontwikkeling binnen het toezicht kinderopvang is de samenwerking tussen GGD'en en de Belastingdienst. Dit betreft een project dat gericht is op kwaliteitsverbetering van de gastouderopvang en het tegengaan van oneigenlijk gebruik van toeslagen in de gastouderopvang.

Een terrein dat raakt aan het toezicht kinderopvang en ook wordt uitgevoerd door toezichthouders kinderopvang, is het toezicht op privaat gefinancierde jeugdverblijven. Sinds 2014 wordt dit verricht door negen toezichthouders van zeven GGD'en. Dit toezicht is onlangs (februari 2016) vastgelegd in de Wet op de jeugdverblijven. Het toezicht richt zich op algemeen beleid, veiligheid, kwaliteit, personeelsbeleid en het pedagogisch beleid.

De professionele invulling van toezicht op de kinderopvang door de GGD'en heeft bijgedragen aan de kwaliteit van de GGD als toezichthouder in het lokale sociaal domein en de publieke gezondheid. Naarmate gemeenten meer verantwoordelijkheden krijgen voor beleidsterreinen die voorheen landelijk waren geregeld, zoals de overgang van AWBZ-taken naar de Wmo en de Omgevingswet, neemt het belang van lokaal toezicht toe. Gemeenten geven GGD'en voor meer thema's opdrachten voor het uitvoeren van toezicht. Kennis en ervaring van het toezicht op de kinderopvang worden daarbij benut.

3.4.3 Toezicht Wet maatschappelijke ondersteuning

GGD'en houden voor ongeveer 175 gemeenten toezicht op Wmo-gefinancierde aanbieders in geval van een melding van calamiteit of geweld. In een aantal regio's is de GGD ook gevraagd een algemeen toezichtkader op te stellen voor de kwaliteit van de Wmo-uitvoering. Eind 2015 waren veertien GGD'en formeel aangewezen om de rol van toezichthoudende ambtenaar te vervullen voor (een deel van) hun gemeenten; zeven andere GGD'en verwachten die rol binnenkort te krijgen. Vier GGD'en verwachten dit niet.

Wettelijke taken
De toezichttaak is beschreven in de Wet maatschappelijke ondersteuning. In 2015 is met de nieuwe Wmo ook het gemeentelijk toezicht op de Wmo gestart. Wettelijk luidt dit (artikel 6.1, lid 1 WMO 2015): 'Het college wijst personen aan die belast zijn met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet.' Deze personen zijn toezichthoudende ambtenaar (art 1.1.1). Aanbieders zijn verplicht om calamiteiten en geweldsincidenten te melden bij de toezichthoudende ambtenaar (art. 3.4).

Personele capaciteit
Omdat steeds meer gemeenten het Wmo-toezicht bij de GGD beleggen en de functie in opbouw is, is het momenteel nog niet mogelijk om aan te geven wat de totale personele capaciteit is. Aangezien het met name gaat om toezicht na calamiteiten, is

de capaciteit ook afhankelijk van de mate waarin deze calamiteiten optreden.
De competentieprofielen zijn ook in ontwikkeling. Er wordt veel gebruik gemaakt van al beschikbare deskundigheden bij de GGD'en. Medewerkers vervullen de Wmo-toezichtstaak naast andere werkzaamheden en hebben verschillende medische dan wel beleidsmatige opleidingsachtergronden.

Beschikbaar budget

Het Wmo-toezicht is een taak in ontwikkeling. Begin 2015 verrichtten de GGD'en deze taak voor circa 30 gemeenten, eind 2015 waren dat er ongeveer 175. Er is daarom nog geen betrouwbare informatie beschikbaar over het landelijke budget dat met deze taak gemoeid is.

Veldnormen

GGD GHOR Nederland stelt, in overleg met VNG, IGZ en IJZ, met de toezichthouders afspraken op over de invulling van deze functie, waaronder een leidraad voor de werkwijze van Wmo-toezicht in brede zin (structureel en calamiteiten), het omgaan met stapeltoezicht en samenwerkings-afspraken van landelijke inspecties en het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ), het opstellen van risico-profielen voor zorgaanbieders, het opstellen van een competentieprofiel en afspraken rond opleidingen, het maken van afspraken over het registreren en benutten van het digitale generieke inspectiepakket en het houden van toezicht op PGB-houders. Waar mogelijk wordt gebruik-gemaakt van eerder ontwikkelde werkwijzen voor de andere toezichttaken van de GGD en door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Samenwerkingspartners

GGD'en werken samen met de VNG, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en kennisinstituten als het Verwey-Jonkerinstituut en het RCF (handhaving en fraudepreventie).

Trends en ontwikkelingen

De Wmo-toezichtsfunctie is nog sterk in ontwikke-ling. Het accent ligt hierbij op professionalisering. Door verdere professionalisering van haar rol als toezichthouder kan de GGD haar meerwaarde tonen als deskundige, onafhankelijke en slag-vaardige toezichthouder, zo concludeert Lysias Advies in de 'Verkenning toezicht op de publieke gezondheid' (in opdracht van het ministerie van VWS, 2015).

Een goede professionele invulling van de functie van toezichthoudende ambtenaar maakt het voor de GGD mogelijk om ook op andere terreinen, gerelateerd aan de publieke gezondheid, met stevigheid en gezag haar rol in te vullen. GGD'en trekken samen op en kunnen de professionele invulling snel tot een goed niveau brengen.



3.5 Taken verbonden met de pijlers van de GGD'en

De pijlers van de GGD zoals verwoord in de Kamerbrief zijn geselecteerd op grond van een aantal aspecten. De belangrijkste daarvan zijn dat ze in de Wpg staan geformuleerd en dat daarin de wettelijke verplichting wordt opgelegd om de taak door de GGD uit te laten voeren. De meeste taken die de GGD'en uitvoeren vallen buiten deze criteria, maar hangen wel samen met de vier pijlers. Een aantal taken wordt bijvoorbeeld voor een bijzondere doelgroep uitgevoerd, zoals de publieke gezondheid voor asielzoekers. Andere taken zijn in een andere wettelijke context geregeld, zoals het toezicht op de kinderopvang, maar zijn wel verplicht bij de GGD belegd en dus onderdeel van het gezamenlijke uniforme pakket van de GGD'en. Er zijn ook taken die helemaal niet wettelijk publiek geregeld zijn, zoals reizigers-vaccinatie, maar wel zeer nauw verbonden zijn met gezondheidsbescherming en zodoende veel informatie bieden om de ontwikkeling van infectieziektes te monitoren.

De taken van de pijlers zijn dus verbonden met andere GGD-taken. De jeugdgezondheidszorg bijvoorbeeld heeft via het Rijksvaccinatie-programma een aanzienlijk aandeel in de bestrijding van infectieziektes en hangt dus samen met de taken in pijler 2. Voor alle medische functies geldt dat ze met elkaar verbonden zijn om in tijden van crisis slagvaardig en deskundig op te kunnen treden. Zoals uit de beschrijving van de pijlers blijkt, is de capaciteit voor deze taken te beperkt. Dat de bescherming en bewaking toch voldoende is, komt doordat het totaal aan sociaal-medisch geschoolde medewerkers bij incidenten kan worden ingezet, zo nodig versterkt door medewerkers van andere GGD'en.

De GGD heeft deskundigheid in huis voor signalering en het adviseren van maatregelen voor de bevordering (pijler 1) of bescherming van de gezondheid, met name van kwetsbare groepen (pijler 2). Taken zoals gezondheidsbevordering en OGGZ/maatschappelijke zorg zijn dan ook verbonden met deze pijlers.

Een bijzondere en nauwe verbinding is er met de GHOR, de geneeskundige hulpverlenings-organisatie in de regio. De directeur GGD is tevens directeur GHOR; sinds 2012 is deze functie vastgelegd als Directeur Publieke Gezondheid. Bij grote ongevallen en rampen zorgt de GHOR ervoor dat de verschillende organisaties die zich met geneeskundige hulpverlening bezighouden (waaronder ambulancediensten, ziekenhuizen, huisartsen, GGD, GGZ en RIAGG) samen één hulpverleningsketen vormen. De GHOR voert de coördinatie, aansturing en regie van de genees-kundige hulpverlening en zorgt voor advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied. De verbinding tussen pijler 3 en de GHOR is dus heel nauw.

Veel GGD'en voeren nog andere taken uit, zoals sociaal-medische advisering, ambulancezorg, Veilig Thuis en Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheidszorg. Of deze taken al dan niet bij de GGD zijn belegd, verschilt nogal. Daarom is ervoor gekozen deze taken niet mee te nemen in deze rapportage. Hieronder worden vijf taken genoemd die (vrijwel) alle GGD'en uitvoeren.

3.5.1 Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft als doel om alle kinderen in gezondheid te laten opgroeien. Daarbij wordt breder gekeken dan naar alleen het kind zelf. De JGZ-medewerkers kijken ook naar de

omgeving van het kind, omdat deze bepalend is voor de gezondheid en het welzijn van het kind.
De JGZ is een onderdeel van de publieke gezondheid en wordt collectief aan alle kinderen in Nederland aangeboden. De JGZ heeft dan ook (bijna) alle kinderen in Nederland in beeld en biedt hen en hun ouders (voornamelijk preventieve) zorg en ondersteuning aan om gezondheidsproblemen te voorkomen.
De JGZ signaleert, monitort, adviseert en verwijst indien nodig. Hiertoe verricht de JGZ een aantal vaste screenings, zoals het bijhouden van de groei en ontwikkeling en het bepalen van het gezichtsvermogen. Ook naar de psychische aspecten van de ontwikkeling en naar de thuissituatie van jongeren gaat aandacht uit. Als de JGZ-medewerker afwijkingen en/of problemen constateert, bepaalt hij of zij met de ouders of doorverwijzen nodig is en zo ja, naar welke professional of instantie. Ook als er geen sprake is van afwijkingen wordt bij ieder contact samen met de ouders en het kind het vervolg bepaald. Daardoor is het mogelijk om preventieve zorg op maat te leveren en kan het kind (en/of ouders) dat meer aandacht nodig heeft, deze aandacht ook krijgen. Indien nodig kan de JGZ-arts rechtstreeks verwijzen naar specialistische zorg.
Als de JGZ-medewerker beginnende problemen signaleert in de opvoeding, kan ook kortdurende opvoedondersteuning worden aangeboden.
Beleidsadvisering is sinds januari 2015 opgenomen in het Besluit publieke gezondheid. Op basis van alle data die de JGZ bezit, kunnen gemeenten inzicht krijgen in trends waarop zij collectieve maatregelen kunnen nemen.
Naast het landelijk vastgestelde basispakket JGZ kan de GGD ook JGZ-taken uitvoeren die niet in het basispakket zitten. Dit kunnen wettelijke en niet-wettelijke taken zijn. Deze afspraken worden soms via contracten met individuele gemeenten vastgelegd, soms als onderdeel van de gemeenschappelijke regeling.

Voorbeelden zijn: uitgebreidere opvoedondersteuning (Jeugdwet), opvoedcursus (markt), koemelkeiwit-allergietesten, ondersteuning met landelijke programma's zoals Lentekriebels en Gezonde School, ondersteuning in het gezondheidsbeleid voor scholen en prenatale voorlichting/screening. In geval van een crisis of maatschappelijke onrust waar jeugd bij betrokken is, bijvoorbeeld bij een zedenzaak, kan de JGZ adviseren. Verder wordt de schat aan informatie die voortkomt uit de uitvoering van JGZ-taken door epidemiologen en beleidsmedewerkers van de GGD gebruikt voor beleidsadvisering aan gemeenten.

Wettelijke taken

De JGZ is wettelijk verankerd in artikel 5 van de Wpg. Hierin staat dat de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de JGZ. Welke taken de JGZ moet uitvoeren, is zeer globaal aangegeven; dit is verder uitgewerkt in het Besluit PG. Deze uitwerking wordt het basispakket genoemd. Hierin staat gedetailleerder beschreven wat de JGZ moet aanbieden en welke onderwerpen in ieder geval aan bod moeten komen tijdens een contactmoment.

De JGZ voert het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) uit. In 2013 heeft de minister van VWS besloten om de RVP-financiering niet langer via de AWBZ te regelen en het RVP wettelijk te gaan verankeren door het programma op te nemen in de Wet publieke gezondheid. Dit treedt waarschijnlijk per 2018 in werking. Uitgangspunt is een goede borging van de huidige uitvoering van het RVP.
De gemeente bepaalt waar de Jeugdgezondheidszorg wordt onderbracht. Op 1 januari 2016 hadden 243 (van de 390) gemeenten de zorg voor 0- tot 18-jarigen bij de GGD ondergebracht en 99 gemeenten de zorg voor 4- tot 18-jarigen. Slechts 48 gemeenten hadden geen JGZ-taken bij de GGD ondergebracht. De GGD verzorgt daarmee de JGZ voor ruim 83% van alle kinderen van 4 tot 18 jaar en voor 59% van alle kinderen van 0 tot 4 jaar.

Personele capaciteit

Naar schatting is het totale aantal medewerkers JGZ (bij GGD, Thuiszorg of een andere instelling) 7.000 – omgerekend zijn dat 4.550 fte, vanwege het grote aantal deeltijdwerkers. Dat zijn circa 27 fte per 100.000 Nederlanders en staat gelijk aan 1 fte per 800 jongeren onder de 19 jaar.
Ongeveer 70% de JGZ-medewerkers werkt bij een GGD, wat neerkomt op circa 3.000 fte en ruim 4.500 medewerkers.

Beschikbaar budget

Uit een onderzoek van Verdonck, Kloosters en associates (2012) blijkt dat de kosten voor de JGZ ongeveer 433 miljoen euro per jaar bedragen. Ook blijkt uit dit onderzoek dat de onderzochte JGZ-interventies circa 5,6 miljard euro opleveren. Het positieve resultaat van de jeugdgezondheidszorg bedraagt daarmee 5,2 miljard euro per jaar (de baten van de niet-geanalyseerde interventies buiten beschouwing gelaten). Ofwel: iedere euro die jaarlijks in de JGZ wordt geïnvesteerd, levert 11 euro op. Alle inwoners van Nederland hebben één jaar van hun gezonde levensverwachting te danken aan de jeugdgezondheidszorg. Voor andere GGD-taken is een dergelijk kostenbatenonderzoek niet beschikbaar.

Veldnormen

Er is een Landelijk Professioneel Kader (LPK) ontwikkeld door het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), in samenwerking met JGZ-professionals, de betrokken beroeps- en brancheverenigingen, IGZ, VNG en VWS. Dit LPK heeft de status van een richtlijn voor de JGZ-professionals en beschrijft waaraan de contactmomenten moeten voldoen qua inhoud, aantal en vorm. Er zijn kwaliteitsnormen voor de competenties van jeugdarts en jeugdverpleegkundige public health en voor BIG (her-)registratie-eisen.
In samenwerking met de beroepsgroep zijn vakinhoudelijke richtlijnen ontwikkeld. Deze zijn te downloaden via het NCJ en het Nederlands Jeugdinstituut (NJi). De richtlijnen zijn gebaseerd op het werken met wetenschappelijk onderbouwde interventies, technieken en instrumenten, Zo wordt er bijvoorbeeld gewerkt aan predictiemodellen.

Samenwerkingspartners

Alle organisaties die met kinderen te maken krijgen/hebben zijn in beginsel samenwerkingspartners. Belangrijke zijn: scholen, kinderdagverblijven/peuterspeelzalen, huisartsen, specialisten, gemeenten, wijkteams, maatschappelijk werk en jeugdzorgorganisaties.

Trends en ontwikkelingen

De landelijke tendens van de participatiesamenleving is dat de zorg steeds meer een samenwerking is tussen professional en zorgvrager, waarbij de regie bij de zorgvrager ligt. De focus ligt op normaliseren en eigen kracht, waarbij de JGZ in de leefomgeving integreert en aansluit bij ontwikkelingen in het sociaal domein.

Het belang van integrale jeugdgezondheidszorg (continuïteit in de zorg aan het kind, een doorlopende lijn van 0 tot 18 jaar) neemt toe door deze ontwikkelingen. Was de JGZ voorheen onderverdeeld in de doelgroepen 0-4 jaar (consultatiebureau, thuiszorg) en 4-19 jaar (schoolarts GGD), tegenwoordig wordt steeds meer gewerkt vanuit één integrale JGZ. Dat heeft in een aantal GGD'en in- en uitplaatsing van JGZ tot gevolg gehad.

Door de gewenste verbindingen met de ontwikkelingen in het sociaal domein nemen maatwerk en flexibele inzet van medewerkers toe. In het nieuwe Besluit publieke gezondheid krijgt de JGZ een rol

in de toeleiding naar jeugdzorg. Sinds 2014 bestond al de mogelijkheid om direct naar de tweede lijn te verwijzen, waardoor de JGZ een belangrijke schakel is in de (preventieve) zorg voor jeugd. Ook is er meer aandacht gekomen voor de jeugdigen ouder dan 14 jaar. Voorheen bestond er voor deze leeftijdsgroep geen apart contactmoment, maar het nieuwe basispakket heeft hier verandering in gebracht door introductie van het adolescente contactmoment. Hierdoor is er nu aandacht voor een gezonde leefstijl voor deze doelgroep. Ook vormt dit contactmoment, samen met de aandacht voor schoolverzuim, een goed aanbod ter preventie van vroegtijdig schoolverlaten.

3.5.2 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

De OGGZ (ook wel maatschappelijke zorg genoemd) richt zich op een diverse doelgroep. Het gaat om sociaal kwetsbare mensen in de marge van de samenleving, die zelf nauwelijks een beroep doen op de bestaande hulpverlening; de zogenoemde 'zorgwekkende zorgmijders'. Het doel van de OGGZ is het bevorderen van maatschappelijk participeren en het voorkomen en verminderen van sociale uitsluiting en dakloosheid om zo een aanvaardbare kwaliteit van leven voor deze kwetsbare mensen te realiseren. OGGZ/maatschappelijke zorg is een onderdeel van het bredere thema sociale veiligheid. Daaronder passen ook taken als Veilig Thuis (bij acht GGD'en) en de Centra Seksueel Geweld (vaak met betrokkenheid van GGD). Een aantal GGD'en heeft straatdokters in dienst.

GGD'en zijn betrokken bij preventie van GGZ-problematiek. Denk aan depressiepreventie voor volwassenen en jongeren en weerbaarheidstrainingen voor jeugd. Daarnaast zijn GGD'en vanuit hun taak voor de jeugdgezondheidzorg vaak betrokken bij ondersteuning voor Kinderen van Ouders met Psychische Problematiek en Kinderen van Verslaafde Ouders; de zogenoemde KOPP-KVO-kinderen. Zo'n 600.000 kinderen in Nederland groeien op in gezinnen waar deze problematiek speelt. Ruim 400.000 van deze kinderen zijn jonger dan 12 jaar.

Bij de uitvoering van nieuwe taken als gevolg van de decentralisaties kunnen kennis en expertise van de GGD'en worden ingezet. Zo kunnen GGD'en een rol spelen bij triage van verwarde personen om te voorkomen dat mensen te snel in de (kostbare) GGZ-trajecten belanden.

Wettelijke taken

OGGZ is sinds 2015 niet meer expliciet opgenomen in een wet. De taak stond tot 2007 in de Wcpv (voorloper van de Wpg) en viel per 1 januari 2007 onder de Wmo als prestatieveld 8. OGGZ was en is een taak en verantwoordelijkheid van de gemeenten, met als elementen uitvoering, netwerkvorming en beleid. Gemeenten waren toen en nu vrij om te bepalen hoe en bij welke instanties zij de OGGZ/maatschappelijke zorg beleggen.

Met het in werking treden van de Wmo 2015 komt de term OGGZ niet meer voor in de wet. Dit neemt echter niet weg dat het beleidsveld, zoals voorheen, een gemeentelijke verantwoordelijkheid is. In de memorie van toelichting is immers opgenomen dat het begrip 'maatschappelijke ondersteuning' eveneens betrekking heeft op het in de Wmo (2007) opgenomen achtste prestatieveld omtrent activiteiten ter preventie van (ernstige) psychosociale problemen en het begeleiden van de betrokken personen. Dit is 'het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen.'

Personele capaciteit

De huidige personele capaciteit is onbekend. Van de 25 GGD'en hebben in ieder geval 23 GGD'en een meldpunt OGGZ/maatschappelijke zorg. Deze meldpunten verzorgen eerste opvang en doorgeleiding naar zorg bij onder meer: psychiatrische problemen, (preventie) huisuitzetting, verslaving, vervuiling, hoarding, overlast, opvoedingsproblemen, financiële schulden, verstandelijke beperking, ouderdomsproblematiek, sociaal isolement en lichamelijke problemen. De personele capaciteit is in 2008 voor het laatst in kaart gebracht. Toen was er zo'n 160 fte voor de OGGZ bij GGD'en. Geschat wordt dat de omvang sindsdien is afgenomen, maar gegevens daarover zijn niet eenduidig. Doordat de taken regionaal verschillend zijn georganiseerd, varieert het aantal fte per GGD.

Beschikbaar budget

Het totale beschikbare budget voor de OGGZ-taak is niet landelijk in kaart gebracht.

Veldnormen

Er zijn geen veldnormen vastgesteld. Er is ook geen landelijk registratiekader, waardoor gegevens over meldingen en maatregelen onderling niet vergelijkbaar zijn. In het Referentiekader Maatschappelijke Zorg worden wel instrumenten geboden voor bijvoorbeeld screening en risicotaxatie. Voor de zorg voor kwetsbare groepen in het nieuwe stelsel van zorg en wetten biedt dit referentiekader een basis, waarbij het van belang is om de functie van OGGZ (weer) duidelijk te benoemen. Indien van toepassing (bij medische taken) moet voldaan worden aan (GGZ-)richtlijnen van de beroepsgroep en aan HKZ-normen.

Samenwerkingspartners

De regie over de uitvoering van de OGGZ/maatschappelijke zorg is een bestuurlijke verantwoordelijkheid van de lokale overheid. De uitvoering vraagt om een gecoördineerde inzet van instellingen. De GGD heeft vaak een coördinerende rol in het zogenoemde vangnet; een netwerk van hulpverleningsorganisaties met een meldpunt OGGZ (bijvoorbeeld Bijzondere Zorg, Zorg & Overlast) en teams bemoeizorg. Binnen de maatschappelijke zorg werkt de GGD samen met onder andere huisartsenzorg, de verslavingszorg, GGZ, welzijn, sociale zaken, woningcorporaties, nutsbedrijven en maatschappelijke opvang.

Trends en ontwikkelingen

Ontwikkelingen als de vergrijzing en een reductie van bedden in de GGZ doen de OGGZ-problematiek toenemen (meer dementerende thuiswonenden, meer verspreid wonen van kwetsbare groepen). Voor kwetsbare groepen die verminderd zelfredzaam zijn en die juist zorg mijden, is aandacht noodzakelijk.
Het onderwerp verwarde personen is in 2015 nadrukkelijk op de politieke en bestuurlijke agenda's gekomen. Het landelijke aanjaagteam verwarde personen heeft een landelijk en regionaal plan van aanpak opgesteld en werkt aan oplossingen, met als uitgangspunt: gebruikmaken van wat er al is, dus van bestaande voorzieningen. Regionale en lokale afstemming is van belang, waarbij individueel maatwerk (persoonsgerichte aanpak) mogelijk is. Cliënten en hun familie worden nadrukkelijk betrokken bij de oplossingen.

Gezondheid en veiligheid zijn nauw met elkaar verbonden in deze taak. De overheid heeft daarin altijd een rol; GGD'en bieden ondersteuning en advies en werken samen met politie, zorg en andere voorzieningen. Voor GGD'en is het van belang dat verantwoordelijkheden en rollen duidelijk zijn. Dit helpt voorkomen dat mensen tussen wal en schip raken.

3.5.3 Gezondheidsbevordering en leefstijl

Door collectieve of individuele maatregelen om de gezondheid te bevorderen, is veel ziektelast vermijdbaar. De overheden zijn verantwoordelijk voor de collectieve maatregelen. In de meer medische GGD-taken wordt daarnaast ziekte-preventie uitgevoerd, zoals JGZ, soa-preventie en GGZ-preventie. Deze taken dienen naast een individueel belang immers ook het maatschap-pelijke belang (gezond opgroeien, tegengaan van besmettingsgevaar en overlast).
Gezondheidsbevordering is een breed onderwerp waarbij verschillende partijen betrokken zijn (GGD, thuiszorg, welzijnsinstellingen, sportorganisaties, scholen). Het gaat op lokaal niveau over thema's als alcohol, roken, overgewicht, bewegen en depressie en over doelgroepen als jeugd en ouderen. Gezondheidsbevordering betreft zowel het beïnvloeden van de omgeving als het beïnvloeden van gedrag. De adviestaken van de GGD zijn benoemd onder pijler 1. De GGD'en voeren daarnaast nog andere taken uit op dit terrein. Het gaat dan met name om coördinatie van samenwerkingspartijen bij meer complexe programma's zoals Gezonde School of Gezonde Wijk en om uitvoerende regie bij door de gemeente(n) vastgestelde programma's zoals regionale alcoholprojecten.

Wettelijke taken
De gemeente heeft de taak om bij te dragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventie-programma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering (artikel 2.2.d in de Wpg). In het Besluit PG is nader toegelicht wat de genoemde taak in ieder geval omvat, te weten: het in stand houden van een structuur voor de samenwerking tussen instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheids-bevordering (artikel 2.2). In de Wpg is ook vastgelegd dat landelijk beleid wordt gemaakt en een landelijke ondersteuningsstructuur in stand wordt gehouden.

Personele capaciteit
De totale capaciteit voor gezondheidsbevordering bij GGD'en is circa 210 fte. Er zijn grote verschillen tussen de GGD'en. Het is lastig om GGD'en hierin te vergelijken, omdat PGA en JGZ soms mee-gerekend worden en soms niet. Hetzelfde geldt voor OGGZ-preventie zoals depressiepreventie en verslavingspreventie. De laatste formele inventarisatie dateert uit 2008 (NIGZ, trendonderzoek-gezondheidsbevordering-en-preventie-2008). In dat jaar waren er circa 530 medewerkers voor gezondheidsbevordering met in totaal circa 410 fte. De capaciteit bij GGD'en lijkt dus sinds 2008 meer dan gehalveerd. Het is onduidelijk of de afname van deze capaciteit is opgevangen door andere instellingen of dat er minder activiteiten worden verricht.

Budget
Het budget is niet bekend. De GGD'en organiseren de taak op heel verschillende manieren. Financiering gebeurt deels via externe project-gelden, waardoor het lastig is tot betrouwbare bedragen te komen.

Veldnormen
Er zijn geen veldnormen opgesteld voor de uitvoering van deze taak. Ook zijn er weinig landelijke afspraken gemaakt over omvang en intensiteit van de uitvoering. Er was voorheen een beroepsvereniging die een register bijhield (Nvpg) en een instituut (NIGZ) om de kwaliteit van het werk te ondersteunen. Beide zijn opgeheven. Een deel van de taken van het NIGZ is overgegaan naar het RIVM, zoals het overzicht van effectieve interventies (loket gezond leven).

Samenwerkingspartners
De GGD'en werken samen met veel lokale en regionale partijen zoals scholen, welzijns- en zorgpartijen en marktpartijen waaronder horeca. Ook is veel samenwerking met landelijke partijen, met name met de kennisinstituten die preventie-programma's ontwikkelen en implementeren, zoals de Hartstichting en het Voedingscentrum.

Trends en ontwikkelingen
Preventieve maatregelen zijn belangrijke instrumenten om de kanteling in de zorg en de maatschappelijke ondersteuning te realiseren: meer investeren in voorzorg en preventie om latere (kosten van) zorg en ondersteuning te voorkomen. Gezondheidsbevordering wordt daardoor breder gepositioneerd, niet alleen in termen van ongezond gedrag, maar ook in termen van het versterken van de eigen kracht en maat-schappelijke participatie. Het nieuwe concept van positieve gezondheid, ontwikkeld door Machteld Huber, sluit daar goed bij aan: 'Gezondheid is het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.'

De kennis van de GGD'en over de effectiviteit van gezondheidsbevordering kan gemeenten helpen om resultaten te behalen. Ook helpt het voorkomen dat zij investeren in maatregelen die weinig opleveren in termen van gezondheidswinst en kan het de inzet van zorg en ondersteuning reduceren. Daartoe is wel nodig dat die kennis op peil is en blijft.

3.5.4 Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA)

Asielzoekers zijn een kwetsbare groep door de omstandigheden in de landen van herkomst, tijdens de vlucht en tijdens de asielprocedure. GGD'en voeren onder de naam Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) de publieke gezondheid uit voor asielzoekers die in de opvang-locaties van het COA verblijven.

De uitvoerende taken zijn jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 18-jarigen, infectieziektepreventie en -bestrijding, tuberculosescreening, -preventie en -bestrijding, gezondheidsbevordering door collectieve voorlichting, individuele preventie van soa en hiv, technische hygiënezorg en coördinatie van de lokale zorgketen en OGGZ. GGD GHOR Nederland voert landelijke taken uit, onder andere landelijke advisering en het vertalen van signalen en resultaten van monitoring en onderzoek naar beleid en praktijk. Doel is het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van asielzoekers en indirect van de Nederlandse bevolking.

GGD'en voeren ook taken uit voor vergunning-houders (vluchtelingen die een verblijfsvergunning hebben gekregen). Zij zijn na vestiging in een gemeente reguliere inwoners en vallen dus voor publieke gezondheid onder verantwoordelijkheid van gemeenten. De taken die GGD'en uitvoeren voor vergunninghouders zijn deels wettelijk bepaald, zoals infectieziektebestrijding en JGZ (mits de GGD in die regio de uitvoering van de JGZ verzorgt), deels door lokale afspraken (zoals gezondheidsbevordering).

Wettelijke taken
De PGA is niet apart in een wet opgenomen. De inhoud van het takenpakket staat beschreven in een contract tussen het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers en GGD GHOR Nederland en is gebaseerd op de wettelijke taken zoals die ook voor algemene bevolking door de GGD'en en andere organisaties worden uitgevoerd.

Personele capaciteit
De benodigde formatie beweegt mee met de aantallen asielzoekers. Gemiddeld lijken GGD'en circa 10 fte per 3.500 asielzoekers in te zetten, wat neerkomt op een totaal van 100 tot 150 fte in de afgelopen jaren. Het meebewegen vergt met de actuele ontwikkelingen veel van de GGD'en, zeker voor de JGZ-taken.

Beschikbaar budget
Het landelijke PGA-budget is sterk afhankelijk van het aantal asielzoekers in de opvanglocaties van het COA. Het totale budget voor de PGA (inclusief landelijke taken) was in 2014 7,2 miljoen euro. Het totaal aantal asielzoekers in de opvang bedroeg in 2014 circa 25.000. De PGA-kosten per asielzoeker bedragen dus gemiddeld bijna 300 euro. Dit budget heeft geen betrekking op de kosten die mensen maken na vestiging in een gemeente.

Veldnormen
Naast de standaard richtlijnen van het RIVM/LCI (landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding) worden specifieke, voor de PGA ontwikkelde richtlijnen en protocollen gebruikt.

Samenwerkingspartners
GGD'en werken voor de PGA regionaal samen met het COA, Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA, uitvoerder van de huisartsenzorg voor asielzoekers), verloskundigen, GGZ en scholen.

Trends en ontwikkelingen
In 2015 is het aantal asielzoekers in de COA-opvang gestegen van 25.000 aan het begin van het jaar naar circa 50.000 aan het einde van het jaar. Het aantal COA-opvanglocaties is dan ook sterk uitgebreid en tijdelijk is gebruik gemaakt van gemeentelijke crisisopvanglocaties. De GGD'en zorgen ervoor dat de PGA-taken snel na opening van een nieuwe COA-opvanglocatie kunnen worden uitgevoerd. Vanwege de sterke toename van het aantal nieuwe asielverzoeken is in 2015 één nieuwe locatie ingericht voor het uitvoeren van de tbc-binnenkomstscreeningen.

Het aantal asielzoekers in de COA-opvang wordt vooral bepaald door het aantal asielverzoeken, het aantal nareizigers en de uitstroom van vluchtelingen die een verblijfsvergunning hebben gekregen (vergunninghouders) naar woonruimte in gemeenten. Verwacht wordt dat het aantal asielverzoeken de komende periode hoog blijft. Het is de bedoeling dat de uitstroom naar gemeenten in 2016 versneld wordt.

GGD'en dragen met de uitvoering van de PGA-taken bij aan het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van asielzoekers gedurende hun verblijf in de centrale opvang en daarna. Bij uitplaatsing naar gemeenten is continuïteit van zorg en preventie van belang (JGZ, tbc vervolgscreening, gezondheidsbevordering).

3.5.5 Forensische geneeskunde

De meeste GGD'en in Nederland hebben Artsen Maatschappij en Gezondheid die forensisch geneeskundige taken uitvoeren. Forensische of gerechtelijke geneeskunde is de tak van geneeskunde die medische kennis toepast ten behoeve van rechtszaken en justitieel onderzoek. Het is een vorm van forensisch onderzoek. Het vak wordt uitgeoefend door de forensisch arts, ook wel forensisch geneeskundige of gemeentelijk lijkschouwer genaamd. Die laatste benaming dekt eigenlijk de lading niet, omdat de uitwendige lijkschouw slechts een van de deeltaken is van de forensisch arts. Het specialisme omvat vier onderdelen: medische zorg, medische advisering, sporenonderzoek en lijkschouw. Het eerste onderdeel richt zich vooral op de medische behandeling van de verdachte, arrestant of gevangene, de andere onderdelen zijn vooral gericht op het opsporen van (strafbare) feiten.

Wettelijke taken
De gemeentelijke uitvoering van de lijkschouw heeft een grondslag in de Wet op de lijkbezorging. Voor de overige forensische geneeskunde heeft de Gezondheidsraad geconstateerd dat maar een beperkt deel van de taken een wettelijke grondslag heeft (Bron: Forensische Geneeskunde Ontleed, Naar een volwaardige plaats voor een bijzondere discipline, Gezondheidsraad 26 april 2013). Complicerende factor is dat vier ministeries betrokken zijn bij dit vakgebied: V&J, VWS, OCW en BZK.

Personele capaciteit
Er werken vanuit de GGD bij benadering 150 tot 200 mensen in het publieke domein van de forensische geneeskunde. Naar schatting is er 80 tot 120 fte aan forensische taken. In totaal is 85% van de taakuitvoering ondergebracht bij de GGD. Van de overige 15% wordt 10% door de FARR (Forensisch Artsen Rotterdam Rijnmond) uitgevoerd en 5% door overige aanbieders, waaronder de FMMU (Forensisch Medische Maatschappij Utrecht) en Arts en Zorg.

Beschikbaar budget
Het budget is nog niet betrouwbaar in kaart gebracht. Gezien de omvang in fte zal het budget 10 tot 12 miljoen bedragen.

Veldnormen
Er is een speciale opleiding tot forensisch arts bij de NSPOH *(Netherlands School of Public and Occupational Health)*. Uitsluitend artsen die als forensisch arts zijn ingeschreven in een van de twee registers (van de KNMG en van het Forensisch Medisch Genootschap) worden benoemd als gemeentelijke lijkschouwer (artikel 5 Wet op de lijkbezorging). Voor de overige taken zijn geen registratie-eisen geformuleerd. De Gezondheidsraad heeft in 2013 wel aanbevelingen voor een kwaliteitsimpuls gedaan.

Samenwerkingspartners
Samenwerkingspartners zijn gemeenten − met name burgemeesters −, veiligheidsregio's en GHOR-bureaus, politie en zorgverleners, waaronder huisartsen.

Trends en ontwikkelingen
Belangrijk knelpunt in de huidige beroepsuitoefening is de onduidelijkheid over de wettelijke positionering van dit vakgebied. Doordat alleen lijkschouw wettelijk is belegd bij de forensische geneeskunde is er onduidelijkheid of de overige FG-taken al dan niet door marktpartijen moeten worden uitgevoerd. Onlangs heeft de landelijke politie de aanbesteding van deze taak opgeschort en heeft de minister toegezegd een adviseringscommissie in te stellen voor de positionering.
In het advies benoemt de Gezondheidsraad vijf terreinen waarop stappen gezet kunnen worden om de forensisch-medische beroepsuitoefening te verbeteren: 1) het forensisch-medisch onderwijs, 2) het bewaken en bevorderen van de kwaliteit, 3) het forensisch-medisch wetenschappelijk onderzoek, 4) de organisatorische inbedding en financiering van de forensisch-medische beroepsuitoefening en 5) de wet- en regelgeving. Vanwege de onduidelijke situatie rond de aanbesteding en de uiteindelijke opschorting ervan is het van belang de verdere ontwikkeling van deze functie snel te verhelderen, anders kan de situatie leiden tot een tekort aan deskundigheid in forensische geneeskunde. Met name de wettelijke borging, opleiding en het opleidingsfonds zijn belangrijke aandachtspunten.



4. De GGD, verbinden en ontwikkelen

In dit hoofdstuk worden een aantal overkoepelende thema's benoemd die van belang zijn voor het op peil houden van de taken publieke gezondheid zoals die door de GGD'en worden uitgevoerd. Het gaat daarbij om 1) kwetsbaarheden in de huidige taakuitoefening en 2) het kunnen anticiperen op ontwikkelingen, zoals beschreven in hoofdstuk 3. De thema's zijn van invloed op het borgen van publieke gezondheid nu en in de toekomst.

De infrastructuur voor de publieke gezondheid moet het mogelijk maken om alle taken goed uit te voeren – regulier en bij crises en rampen, landelijk en regionaal. Ook moet de infrastructuur erin voorzien dat nieuwe uitdagingen aangepakt kunnen worden. Gezondheidsproblemen kunnen immers veranderen; er ontstaan nieuwe inzichten over de aanpak daarvan en bovendien zijn risico's of de beleving daarvan aan verandering onderhevig. Daarnaast breiden de taken van de gemeenten zich uit als gevolg van wettelijke ontwikkelingen zoals in de Jeugdwet, de Wmo en vanaf 2018 in de Omgevingswet. Deze veranderingen vereisen voortdurende aandacht voor en actualisatie van de pijlers en de andere GGD-taken. Die aandacht moet uitgaan naar zowel taakuitvoering als naar wetgeving en randvoorwaarden.

GGD-taken verbonden

De taken die de GGD'en uitvoeren zijn onderling verbonden. De wisselwerking tussen beleid, onderzoek en praktijk verhoogt de effectiviteit van het werk en komt zo uiteindelijk ten goede aan de burger. Dat geldt voor de taken die op grond van de Wpg verplicht door de GGD'en worden uitgevoerd en voor de taken die op grond van overige wetgeving, gemeentelijk en/of regionaal beleid aan GGD'en zijn toebedeeld. Een brede GGD, waarvoor bijna alle gemeenten hebben gekozen, biedt extra mogelijkheden voor het optimaal verbinden van verschillende activiteiten en werkvelden. Enkele voorbeelden:

- Gegevens uit monitors kunnen aangevuld worden met registratiegegevens en andere informatie uit de uitvoeringspraktijk om een meer specifiek of meer *real time* beeld te geven.
- Signalen van opkomende infectieziekten kunnen aanleiding zijn tot meer toezicht of preventiemaatregelen.
- Jeugdgezondheidszorg bewaakt en beschermt de gezondheid van de jeugd en verbindt alle pijlers: ze monitort en signaleert de gezondheidssituatie, beschermt tegen infectieziekten met het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), komt in actie bij (kleinschalige) incidenten en houdt toezicht op een gezonde en veilige omgeving, bijvoorbeeld in de kinderopvang.
- Bij incidenten of grootschalige acute situaties kunnen geschoolde medewerkers snel ingezet worden.

Professionele ontwikkeling, kwaliteit en kwantiteit

De formatie voor de uitvoering van de vier pijlers bij de GGD'en is klein – voor een aantal taken zelfs onder de veldnorm. Dit geldt met name voor artsen en verpleegkundigen op het gebied van infectieziektebestrijding en medische milieukunde. Hoewel niet in elke regio sprake is van een tekort, is het landelijke beeld van de uitvoering van de beschermingstaken uit pijler 2 *kwetsbaar:* proactieve taken worden vaak niet of slechts in beperkte mate uitgevoerd en het is lastig om de voorbereiding op nieuwe ontwikkelingen en risico's optimaal te organiseren. Voorts bestaat het risico dat het tekort doorwerkt op de reactieve taken. Een bijkomend risico is dat de GGD'en onvoldoende toegerust zijn voor eventuele opschaling bij calamiteiten. Dit alles wordt nog eens versterkt door de geringe instroom in de

opleidingen; de aanwas van opgeleide professionals is op dit moment te klein om de verwachte uitstroom door pensionering op te kunnen vangen. Voor een deel van de GGD'en, met name in de meer perifeer gelegen gebieden en de kleinere GGD'en, is het nu al moeilijk om artsen aan te trekken.

Bovenstaande betekent dat hier een opgave ligt voor *professionele ontwikkeling, zowel kwantitatief als kwalitatief*. Een eerste stap kan gezet worden door de regie voor de instroom in de opleidingen voor artsen M&G beter te beleggen. Daartoe is een plan opgesteld door de KAMG (Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid), Actiz en GGD GHOR Nederland. Ook de verpleegkundigen moeten goed opgeleid zijn voor hun taak. Het gewenste algemene opleidingsniveau is Verpleegkundige M&G.

Meer in algemene zin vraagt de uitvoering van de publieke gezondheid om voldoende expertise in het licht van nieuwe ontwikkelingen. Die moet geborgd worden via opleidingen en nascholing, maar ook door ruimte te maken voor *wetenschappelijk onderzoek en innovatie*. De ontwikkeling en coördinatie van Academische Werkplaatsen is daarvoor een begin en moet verder worden opgepakt. De GGD'en maken gebruik van elkaars deskundigheid – bilateraal of via kennissystemen zoals GGD GHOR Kennisnet – en van de digitale loketten van het RIVM. De informatie en tools uit de landelijke kennisinfrastructuur zijn beter toepasbaar in de praktijk naarmate deze meer behoeftegestuurd en in samenwerking met GGD'en worden ontwikkeld. Versterking van de inbreng vanuit GGD'en en de Academische Werkplaatsen in de landelijke kennisinfrastructuur is daarom gewenst.

Veldnormen, uniformering en differentiatie

Bij de taken in de vier pijlers ligt het accent op het bewaken (monitoren, signaleren, toezicht houden) en beschermen (tegengaan van risico's) van de gezondheid. Ook voor bijvoorbeeld het basispakket in de JGZ of het toezicht op de kinderopvang is *uniformiteit* gewenst. Voor deze bewakings- en beschermingstaken moet er een landelijke uniforme aanpak van vergelijkbare problematiek en risico's zijn. Ook moet duidelijk zijn wat bestuurlijk en professioneel nodig is om problemen inzichtelijk te maken en op te pakken. *Veldnormen* helpen daarbij, omdat die benoemen welke output en outcome afgesproken is en wat er nodig is om dat resultaat te bereiken. Een nadere afspraak over waar veldnormen en/of uniformiteit wel of niet nodig zijn, is gewenst.

Uit hoofdstuk 3 blijkt dat deze veldnormen weliswaar voor veel taken al zijn bepaald, maar dat er nog een opgave ligt om deze aan te vullen, te actualiseren en daadwerkelijk toe te passen. Het betreft hier 1) normen rondom het directe professionele handelen en 2) normen voor bijvoorbeeld voldoende beschikbaarheid. Voor de eerste zijn de professionals aan zet, voor de tweede is een bestuurlijke afweging mede aan de orde en moet ook gekeken worden naar bovenregionale samenwerking.

Veldnormen zijn geen doel op zich. Ze moeten bijdragen aan een kwalitatief goede uitvoering van het werk van GGD'en en niet verworden tot afvinklijstjes. De ontwikkeling van veldnormen vraagt daarom om de inbreng van diverse professionele en bestuurlijke stakeholders. Voor nieuwe taken, taken waarvan de context wijzigt of voor taken waarin anderszins veranderingen optreden (zoals de toezichtstaken) is het van belang dat er *een gemeenschappelijk denkkader en een gedeelde visie* bestaan, zowel vanuit de stelselverantwoordelijkheid (Rijk en gemeenten) als vanuit de professionals. Voor andere taken, bijvoorbeeld beleidsadvies en gezondheidsbevordering, is veel ruimte voor een *gedifferentieerde aanpak*, maar ook daar is kwaliteit een basisbegrip. Er is behoefte aan het van onderop borgen van de goede kennis over effectieve maatregelen voor publieke gezondheid.

Verbinding publieke gezondheid en sociaal domein

De decentralisaties in het sociaal domein zijn erop gericht om gemeenten in de positie te brengen om maatwerk te leveren in het ondersteunen van hun inwoners. Ongezondheid beïnvloedt de mogelijkheid tot en mate van participeren. Omgekeerd draagt participeren eraan bij dat mensen zich gezond voelen. Dit maakt het noodzakelijk om de *publieke gezondheid*staken te verbinden met die in het *sociaal domein*. Dat geldt voor het delen en beschikbaar maken van informatie én voor het maken van nieuwe beleids- en uitvoeringsafspraken. Hier liggen kansen. Zo heeft het ouderengezondheidsbeleid nog maar een kleine plaats in de publieke gezondheid. Ook voor het verminderen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen moeten verbindingen gemaakt worden met de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven en dus met gemeentelijk beleid in brede zin. Verder verrichten GGD'en van oudsher taken die gericht zijn op (andere) kwetsbare burgers. Denk daarbij aan OGGZ en aan de sociaal-medische advisering. GGD'en kunnen hun kennis en expertise inzetten in de nieuwe taken die voortgekomen zijn uit de decentralisaties.
Zo kunnen GGD'en een rol spelen bij *triage* van verwarde personen om te voorkomen dat deze mensen te snel in de (kostbare) GGZ-trajecten belanden en kan sociaal-medische advisering worden verbonden aan toekenning van een Wmo-voorziening.

Bij dit alles geldt: met meer verbindingen tussen publieke gezondheid en de taken in het sociaal domein kunnen gemeenten mogelijk effectiever en efficiënter werken voor hun inwoners. *Real time informatie en de beschikbaarheid van big data* zijn belangrijk voor de beleidsontwikkeling en nodig om de gemeentelijke aanpak te optimaliseren.
Dat vraagt om een investering in nieuwe informatiesystemen. Verder is een optimale aanpak gebaat bij de ontwikkeling van wijkprofielen met een hoge mate van standaardisatie en daaraan gekoppeld passende interventies bij. Samenwerking met partners als het RIVM en wetenschappelijke instellingen, maar wellicht ook die met private partijen, moet worden versterkt.

Positie Directeur Publieke Gezondheid

De GGD'en worden geleid door de Directeur Publieke Gezondheid, de DPG. De DPG is ook verantwoordelijk voor de GHOR. Hij heeft dus te maken met zowel bestuurlijke aansturing door wethouders als door burgemeesters en is de *trusted advisor* van beiden. Die rol is betrekkelijk nieuw en kan worden versterkt, omdat die nog niet overal vanzelfsprekend is.

De DPG'en maken afspraken met collega's voor samenwerking en uitwisseling op terreinen waar de beschikbaarheid van deskundigheid kwetsbaar is. Bovenregionale samenwerking is noodzakelijk om die kwetsbaarheid te minimaliseren. Ook bij innovaties wordt samen opgetrokken.
Afstemming over strategische vraagstukken en inhoudelijke ontwikkelingen vindt plaats in de DPG-raad, het bestuur van de landelijke vereniging GGD GHOR Nederland. Dat leidt tot afspraken over uniformer optreden en tot uitwisseling van gedifferentieerd optreden. Beide zijn nodig. De

DPG-raad overlegt met de Bestuurlijke Advies Commissie Publieke Gezondheid (BAC PG) van de VNG over de gezamenlijke thema's. Uitwisseling tussen bestuur en professionals is informatief en bepaalt mede de agenda.

Door de ontwikkelingen in de publieke gezondheid, veiligheid en het sociaal domein is de rol van de DPG in die domeinen aan verandering onderhevig. Enerzijds is er de wettelijke en professionele onafhankelijkheid, anderzijds moet de DPG steeds meer inspelen op beleidswensen van gemeenten. Schakelen tussen rollen en anticiperend vermogen worden steeds belangrijker. Voorwaarde is wel dat de positie van de DPG, die namens het openbaar bestuur opereert, geborgd is in elk van de domeinen. Juist als publieke taken worden uitgevoerd door private partijen is het van belang te borgen dat de overheid kan beschikken over datgene wat nodig is voor de uitvoering van de publieke verantwoordelijkheid. Dat geldt zeker bij crises, rampen en incidenten en ook steeds vaker bij de uitvoering van preventieve maatschappelijke taken.
Hier is verbetering mogelijk. Zo is bijvoorbeeld niet geborgd dat de DPG kan beschikken over data van bijvoorbeeld de JGZ en de OGGZ (zoals Veilig Thuis) wanneer deze geen onderdeel uitmaken van de GGD-organisatie. Dit schaadt de *informatiepositie* van de DPG en kan de bestuurlijke advisering verstoren.

Bestuurlijke aansturing

De Rijksoverheid is stelselverantwoordelijk voor de publieke gezondheid. Het eerstverantwoordelijke ministerie is VWS, maar ook vanuit andere departementen zoals V&J en SZ zijn taken opgedragen aan de gemeenten en/of de GGD'en. Niet altijd is duidelijk tot hoever de rijksverantwoordelijkheid reikt en hoe beperkt of ruim de gemeenten en GGD'en de taken kunnen interpreteren die aan hen zijn toebedeeld. Dat raakt dan ook aan de Wpg. Daarnaast heeft VWS bewust gekozen voor de mogelijkheid tot differentiatie tussen gemeenten/regio's, omdat deze in staat moeten zijn lokale en regionale omstandigheden mee te wegen in hun beleidskeuzes. Dit alles leidt ertoe dat de infrastructuur voor de publieke gezondheid verschillen kent en daarmee ook onduidelijkheden voor (landelijke) partners. Zonder in de valkuil te trappen van opnieuw alles uniformeren, zou wel nader bekeken kunnen worden of onduidelijkheden kunnen worden opgeheven en wat daarvoor nodig is.
Nu het Rijk in het kader van het Stimuleringsprogramma *indicatoren* ontwikkelt voor de systeemverantwoordelijkheid van het Rijk, is het zaak om de gemeenten en GGD'en daarbij goed aan te laten sluiten, zodat de gezamenlijke verantwoordelijkheid gedragen kan worden en uitvoerbaar is.

Door de nieuwe verantwoordelijkheden van de gemeenten voor het sociaal domein dienen zich nieuwe vragen aan over de *bestuurlijke aansturing* in relatie tot publieke gezondheid en veiligheid. Er moeten meer verbindingen worden gemaakt en de bestuurlijke aansturing wordt *complexer*. Voor publieke gezondheid en veiligheid is er enerzijds sprake van schaalvergroting in de organisatie van taken (infectieziektebestrijding), anderzijds van schaalverkleining (wijkgerichte inzet JGZ). Er is zowel een beweging naar uniformering (medisch specialistische taken), als naar differentiatie (gezondheidsbevordering en leefstijl) gaande. GGD'en voeren hun taken daarom deels collectief regionaal en deels op basis van lokaal maatwerk uit. Deze ontwikkelingen vergen een goede bestuurlijke afstemming vanuit de verschillende gemeenschappelijke regelingen (GGD, Veiligheidsregio en soms in het sociaal domein).

Bij deze gemeenschappelijke regelingen komen een aantal aspecten van bestuurlijke aansturing vaak terug, zoals de vraag hoe om te gaan met: betrokkenheid en verantwoordelijkheid van gemeenteraden, de verhouding tussen en risicoverdeling bij collectieve diensten en lokaal maatwerk, de wijze waarop gewenste resultaten kunnen worden geformuleerd en getoetst, de verantwoordelijkheden van colleges van B&W en de soms specifieke verantwoordelijkheid van de burgemeester bij incidenten. Deze vragen hangen onvermijdelijk samen met een gemeenschappelijke regeling. Dat is niet erg, maar het heeft wel tot gevolg dat individuele gemeenten zich soms geen eigenaar voelen, waardoor de publieke rol en verantwoordelijkheid als verlengd lokaal bestuur ook minder gevoeld wordt. Als de aspecten van bestuurlijke aansturing niet voldoende expliciet gemaakt worden, bestaat het risico dat de aansturing diffuus raakt. Daarmee komt ook de effectiviteit van de publieke gezondheid in het geding. Een nadere analyse van de aard en omvang van de knelpunten – en de mogelijkheden om die op te lossen – is gewenst.

Bijlage 1

Vergezichten 'Publieke gezondheid 2020'

1. Publieke gezondheid is in 2020 een samenhangend stelsel, zowel horizontaal (samenhang tussen gemeenten en regio's) als verticaal (samenhang Rijk – gemeenten, RIVM – GGD).
2. De verantwoordelijkheden in de publieke gezondheid zijn duidelijk: minister, bestuurder, DPG, RIVM.
3. De minister heeft goede indicatoren voor de staat van de publieke gezondheidszorg en het functioneren van het landelijke stelsel.
4. Bestuurders hebben goede indicatoren voor de staat van de publieke gezondheidszorg in hun gemeente en regio.
5. Bestuurders weten op welke domeinen van publieke gezondheidszorg en in welk deel van hun gemeente verbeteringen te realiseren zijn en zijn in staat om hier inhoudelijk richting aan te geven.
6. Bestuurders zijn in staat de lokale gezondheidsdoelen te integreren in andere beleidsdomeinen en geven ketenpartners en GGD daar waar nodig een rol in.
7. Bestuurders weten zich gesteund in het bestrijden van infectieziekten, ongevallen, rampen en crises door professionals die lokale en regiokennis meebrengen én deskundig zijn (op afroep/onmiddellijk).
8. Bestuurders raadplegen hun GGD bij beleidsbeslissingen die gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid van de burgers.
9. Bestuurders weten welke taken zij minimaal van hun GGD kunnen verwachten en kunnen rekenen op gedragen professionele uitvoeringsnormen, heldere kwaliteitseisen en goede interdisciplinaire afspraken.

Bronnenlijst

1. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Preventie van Welvaartsziekten, 2011.
2. RIVM, Een gezonder Nederland, Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), Levensverwachting en sterfte, 2014.
3. RIVM, Een gezonder Nederland, Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), Preventie en zorg, 2014.
4. VWS, Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk, kenmerk 629287-122954- PG, 2014.
5. VWS, Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid, kenmerk 838472-141410-PG, 2015.
6. M Huber, 'Towards a new, dynamic concept of Health', 2014.
7. M. Jambroes et al., 'De Nederlandse publieke gezondheidszorg: 10 kerntaken en een nieuwe definitie', in: Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A6195.
8. Andersson Elffers Felix, Eindrapport 'Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD', 2013.
9. GGD GHOR Nederland: 'Publieke Gezondheid en Veiligheid verbonden', 2012.
10. WagenaarHoes, 'Zicht en Grip, Gemeenten en GGD in publieke gezondheidszorg en veiligheid', 2013.
11. GGD GHOR Nederland, 'Naar een toekomstbestendige en proactieve infectieziektebestrijding', 2015.
12. Andersson Elffers Felix, 'De lasten van de lusten, Evaluatie Subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg 2012' (ASG), 2013.
13. Provincie Noord-Brabant, Gemeentelijke Nota's Gezondheidsbeleid, 2015.
14. Lysias, 'Toezicht op publieke gezondheid, Een verkenning naar de rol van de GGD', 2015.
15. Cebeon, Evaluatie kosten toezicht en handhaving in de kinderopvang 2014, 2015.
16. Verdonck, Kloosters en associates, 'Kosteneffectiviteit van de Jeugdgezondheidszorg', 2012.

Afkortingenlijst

ABR	Antibioticaresistentie
ASG	Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg
AGS	Adviseur Gevaarlijke Stoffen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWPG	Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid
BAC PG	Bestuurlijke Adviescommissie Publieke Gezondheid
Besluit PG	Besluit Publieke Gezondheid
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CET	Crisis Expert Team
CGM	Centrum Gezondheid en Milieu
CIB	Centrum Infectieziektebestrijding
COA	Centraal Orgaan opvang Asielzoekers
DPG	Directeur Publieke Gezondheid
DIP-er	Deskundige Infectiepreventie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FARR	Forensisch Artsen Rotterdam Rijnmond
FG	Forensische Geneeskunde
FMG	Forensisch Medisch Genootschap
FMU	Forensisch Medische Maatschappij Utrecht
FTE	Fulltime-equivalent
GAGS	Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen
GCA	Gezondheidscentrum Asielzoekers
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GOR	Gezondheidsonderzoek bij rampen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GROP	GGD Rampen Opvang Plan
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IHR	International Health Regulations
IZB	Infectieziektebestrijding
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KAMG	Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KOPP-KVO	Kinderen van Ouders met Psychische Problemen en Kinderen van Verslaafde Ouders
LCHV	Landelijke Centrum Hygiëne en Veiligheid
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
LMZ	Landelijk Meldpunt Zorg
LPK	Landelijk Professioneel Kader
MERS	Middle East Respiratory Syndrome
MOD	Milieu Ongevallen Dienst
MMK	Medische Milieukunde
MSM	Mannen die Seks hebben met Mannen
NCJ	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NJI	Nederlands Jeugdinstituut
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
NVIC	Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum
NVPG	Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering
NVWA	Nederlandse Voedsel- en Waren Autoriteit
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidzorg
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OMT	Outbreak Management Team
OTO	Opleiden Trainen Oefenen
PGA	Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers
PGB	Persoonsgebonden Budget
PSH	Psychosociale Hulpverlening
REC	Regionaal Expertise Centrum
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVTV	Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SES	Sociaaleconomische status
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
TBC	Tuberculose
THZ	Technische Hygiënezorg
V&J	Veiligheid en Justitie
VISI	Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
Wrp	Wet regulering prostitutie
Wvr	Wet veiligheidsregio’s

Colofon

*'Publieke gezondheid borgen' is een eerste 'foto'
van de wettelijke taken die de GGD'en
uitvoeren.*

*Dit rapport is tot stand gekomen in het kader
van het Stimuleringsprogramma Publieke Gezondheid,
in opdracht van het ministerie van VWS en de Vereniging
van Nederlandse Gemeenten (VNG).*

Dit is een uitgave van:
GGD GHOR Nederland
Zwarte Woud 2
3524 SJ Utrecht

T (030) 252 50 60
E info@ggdghor.nl

www.ggdghor.nl

Auteurs
Anja Koornstra, GGD GHOR Nederland
Cisca Stom, GGD GHOR Nederland

Eindredactie
Jolanda van den Braak

Fotografie
Hollandse Hoogte

www.ggdghor.nl